

Arzt Daten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	
Patientensprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

<input type="checkbox"/> Remicade® Trockensub 100 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionsset Braun Infusions Kit MSD (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Filter Blau für Infusiomat Braun (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl Braun 0.9 % 250 ml Ecoflac (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Aqua ad inject. Ampulle 10 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

Der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch das MediService Home Care Team

Home Care Service in der Praxis
 beim Patienten zu Hause (die initialen 3 Infusionen müssen in der Praxis / im Spital durchgeführt werden)

Lieferadresse	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse	<input type="checkbox"/> obige Arztadresse
	<input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH)	<input type="checkbox"/> Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Wichtig Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.	Unterschrift des Arztes
Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.	Datum, Stempel / Unterschrift