

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

	Anz. Packungen		Anz. Packungen
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 0.5 mg (42 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2 mg (42 Stk)	
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 1 mg (42 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2 mg (84 Stk)	
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 1.5 mg (42 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2.5 mg (42 Stk)	
<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 1.5 mg (84 Stk)		<input type="checkbox"/> Adempas® Filmtabl 2.5 mg (84 Stk)	

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Indikation pulmonale arterielle Hypertonie gemäss Fachinformation: *keine Kostengutsprache nötig*
 Indikation inoperable CTEPH oder postoperative CTEPH:
 Kostengutsprache wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden (*MediService übernimmt die Erstellung und Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse*)
 Indikationsstellung erfolgte durch verschreibenden Arzt
 Indikationsstellung erfolgte durch den folgenden qualifizierten Facharzt Pneumologie/
 Kardiologie (Name/Ort des Facharztes): _____
 Andere Indikation ausserhalb der Limitatio: Kostengutsprache wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)

Home Care Service Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch eine PH Nurse von MediService

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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

<p>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.</p> <p>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p>	<p>Unterschrift des Arztes</p>
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>