

# Rezept

bitte faxen an:  
**032 686 20 30**

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. 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:

02241

**Ilaris®** Durchstechflasche Injektionslösung 150 mg/ml à 1ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ Anzahl Packungen

**Dosierung** \_\_\_\_\_

**Rezept-Gültigkeit**  Einzelrezept  Dauerrezept \_\_\_\_\_ Monate  Repetitionen \_\_\_\_\_

**Indikation**

- Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrome (CAPS)  mit  ohne NLRP3
  - familiäres kälteautoinflammatorisches Syndrom (FCAS) / familiäre Kälteurtikaria (FCU)
  - Muckle-Wells-Syndrom (MWS)
  - multisystemische entzündliche Erkrankung mit Beginn im Neugeborenenalter (NOMID) / chronisch infantiles neuro-dermo-artikuläres Syndrom (CINCA)
- Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziiertes periodisches Syndrom (TRAPS)
- Hyperimmunglobulin-D-Syndrom (HIDS) / Mevalonatkinasedefizienz (MKD)
- Familiäres Mittelmeerfieber (FMF)
- Systemische juvenile idiopathische Arthritis (SJIA)
- Andere: \_\_\_\_\_

**Kostengutsprache**  Liegt bereits vor (*bitte Kostengutsprache an obige Nummer faxen*)  
 bitte einholen über MediService

**Therapiebegleitung**  Der Arzt wünscht Therapiebegleitung durch MediService Home Care Team

**Lieferadresse**  obige Patientenadresse \_\_\_\_\_  
 obige Arztadresse \_\_\_\_\_  
 andere Lieferadresse (CH) nebenstehend \_\_\_\_\_

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

**Unterschrift des Arztes**

**Wichtig:** Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

\_\_\_\_\_  
Datum Stempel / Unterschrift