

Rezept

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

Akantior® 0,8 mg/ml Augentropfen, Lösung im Einzeldosisbehältnis (30 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
 Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.

Lieferadresse obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

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

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

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

Kostengutsprache-Antrag

Arztdaten (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

Kostengutsprache Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegeesuchs für Akantior an die Krankenkasse. In diesem Fall bitte die nachfolgenden klinischen Informationen angeben.

Indikation Akanthamöben-Keratitis

Jahr der Diagnose _____

Klinische Befunde _____

Aktuelle Therapie(n) _____

Bisherige Therapie(n) _____

Wichtig
 Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer bzw. seiner Unterschrift folgendes:
 (1) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
 (2) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: <https://www.mediservice.ch/de/datenschutz.php>) hingewiesen hat;
 (3) dass die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und
 (4) dass die Patientin/der Patient - nach erfolgter Aufklärung – in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen der Ärztin/dem Arzt und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.
 Im Übrigen bestätigt die Ärztin/der Arzt, selbst die Datenschutzerklärung der MediService AG (gleicher Link) zur Kenntnis genommen zu haben.

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 .	Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____ Datum, Stempel / Unterschrift
--	---