

Rezept

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

OmvoH® Inf Konz 300 mg/15 ml Durchstfl (1 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

OmvoH® Inj Lös 100 mg/ml Fertipen (2 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Infusionszubehör: 100 ml NaCl 0.9%, 250 ml NaCl 0.9% und Infusionsset Promedical

Injektionszubehör: Alkoholtupfer und Abwurfbehälter

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept ____ Monate Repetitionen ____

Kostengutsprache Keine Kostengutsprache nötig (Anwendung innerhalb der Limitatio der Spezialitätenliste und 1. Behandlungsjahr)
Bei Weiterbehandlung nach dem 1. Behandlungsjahr ist eine Kostengutsprache notwendig:
 Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Injektionsschulung oder Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson: Ja Nein

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, Therapiebegleitung 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.

Unterschrift der Ärztin/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