

# 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        |

| Medikament         | Anzahl Packungen        | Medikament  | Anzahl Packungen  |
|--------------------|-------------------------|-------------|---|
| Fingolimod Viatrix | Kapseln 0.5 mg (28 Stk) | Glatiramyil | Inj Lös 20 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (28 Stk)   |
|                    | Kapseln 0.5 mg (98 Stk) |             | Inj Lös 40 mg/ml Fertigspritzen 1 ml (12 Stk)   |
|                    |                         |             | Injektionszubehör: Alkoholtupfer, Kompressen, Pflaster, Abwurfbehälter <input type="checkbox"/> |

Dosierung \_\_\_\_\_

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

**Home Care Service**

**Fingolimod Viatrix:** Um Ihre Patientin/Ihren Patienten im Umgang mit der Therapie zu unterstützen, wird eine spezialisierte MediService Pflegefachperson mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten Kontakt aufnehmen.

**Glatiramyil:** Die Ärztin / der Arzt wünscht die Injektionsschulung und Therapiebegleitung durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson:  Ja  Nein

**Erstdosisüberwachung Fingolimod Viatrix®** Die Ärztin / der Arzt wünscht eine Erstdosisüberwachung durch eine MediService Pflegefachperson:  Ja  Nein

**Lieferadresse**

**Die 1. Lieferung von Fingolimod Viatrix® an den Patienten ist nur möglich, wenn der Patient ausdrücklich informiert wurde, dass die Ersteinnahme in Anwesenheit vom Arzt stattfinden soll**

obige Patientenadresse  obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH)  Spitalapotheke

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Wichtig</b><br/>                 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 des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken, sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen, an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.</p> <p><b>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</b></p> | <p><b>Unterschrift der Ärztin / des Arztes</b></p><br><br><br> |
|  | <p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>                           |