

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

<input type="checkbox"/> Cuvitru ® Injektionslösung 1 g / 5 ml Durchstechflasche	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Cuvitru ® Injektionslösung 2 g / 10 ml Durchstechflasche	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Cuvitru ® Injektionslösung 4 g / 20 ml Durchstechflasche	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Cuvitru ® Injektionslösung 8 g / 40 ml Durchstechflasche	_____	Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Cuvitru ® Injektionslösung 10 g / 50 ml Durchstechflasche	_____	Anzahl Packungen

Dosierung _____

Zubehör

Infusionspumpe zur kontrollierten subkutanen Verabreichung von Immunglobulin.
 Folgende Materialien gehören zur Infusionstherapie: Medikamentenreservoir, Infusionsset, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter, Entnahmehilfe, Schutzhülle

Rezept-Gültigkeit Einzelrezept Dauerrezept _____ Monate Repetitionen _____

Kostengutsprache Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
 Der Arzt wünscht die Zusendung eines Gesuchsformulars für die Einreichung bei der Krankenkasse

Home Care Service (inkl. Pumpenschulung)	<input type="checkbox"/> Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team, inkl. Instruktion des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie
Gewünschter Instruktionort	<input type="checkbox"/> Klinik oder Praxis <input type="checkbox"/> Patientendomizil
Gewünschter Instruktionstermin	_____ Kalenderwoche
Falls bisher eine Therapie mit i.v. Immunglobulinen durchgeführt wurde, bitte angeben:	
Datum letzte i.v. Gabe: _____	Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

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>