Rezept

MediService by Redcare

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 80 mg/0.8 ml Fertigpen (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritzen (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigspritzen (6 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigpen (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigpen (2 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 40 mg/0.4 ml Fertigpen (6 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 20 mg/0.2 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **AMGEVITA®** Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertigspritze (1 Stk) *Zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen*	_____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept ____ Monate ☐ Repetitionen ____
Kostengutsprache	☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Home Care Service	Der Arzt / die Ärztin wünscht die Injektionsschulung und Therapiebegleitung durch eine spezialisierte 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 /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.

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

Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Datum, Stempel / Unterschrift

02380

© MediService AG / Version: 20REZBUS013DF_d