

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"/> Dupixent® (Dupilumab) Fertigspritze Inj Lös 300mg/2ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) Fertigpen Inj Lös 300mg/2ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) Fertigspritze Inj Lös 200mg/1.14ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Dupixent® (Dupilumab) Fertigpen Inj Lös 200mg/1.14ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Soft Zellin Alkoholtupfer 60 x 30mm (100 Stk)	

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

**Indikation**  Atopische Dermatitis  Asthma  Chronische Rhinosinuitits mit Nasenpolypen  
 Andere

**Kostengutsprache**  Wurde bereits eingeholt (*bitte Kopie mitsenden*)  
 Bei den Indikationen atopische Dermatitis, Asthma oder chronische Rhinosinuitits mit Nasenpolypen: Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden. Sie erhalten das passende Kostengutspracheformular zugesendet, mit der Bitte, dieses ausgefüllt zu retournieren. (*MediService übernimmt die Einreichung der Kostengutsprache an die Krankenkasse*)

**Home Care Service**  Der Arzt wünscht eine Dupixent Instruktion und anschliessende Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team

**Lieferadresse**  obige Patientenadresse  obige Arztadresse  
 andere Lieferadresse (CH)  Spitalapotheke

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

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

<p><b>Wichtig</b> 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><b>Haben Sie das Rezept unterschrieben?</b> Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an <b>032 686 20 30</b> senden.</p>	<p><b>Unterschrift des Arztes</b></p>          
	<p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>