

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

<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 2.5 g / 25 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 5 g / 50 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 10 g / 100 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 20 g / 200 ml Dual Flaschen	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> HyQvia® Inf Lös 30 g / 300 ml Dual Flaschen	_____ 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
Datum letzte i.v. Gabe, falls bereits eine Therapie mit i.v. Immunglobulinen erfolgt ist: _____	
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</p> <p>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>Unterschrift des Arztes</p> <p>_____</p>
	<p>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p>