Rezept

MediService
by Redcare Apotheke

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

☐ **Entyvio®** subkutan Inj Lös 108 mg/0.68 ml Fertigspritze (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Entyvio®** subkutan Inj Lös 108 mg/0.68 ml Fertigpen (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Entyvio®** Trockensub 300 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ NaCl 0.9% 100 ml Inkl. Besteck (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Kostengutsprache	☐ Keine Kostengutsprache notwendig ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden) Notwendig bei Verkürzung von Dosisintervall auf 4 Wochen, bei Weiterbehandlung nach 1 Jahr oder bei Off SL Indikationen
Instruktion oder Infusionsservice	Der Arzt / die Ärztin wünscht die Injektionsschulung oder Infusionsdurchführung durch eine 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

Datum, Stempel / Unterschrift

02502

© MediService AG / Version: 22MSE0075DF_b