

# Rezept / Anmeldung Heiminfusion

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"/> Onpattro® (Patisiran) Inf Konz 10 mg/5 ml Durchstechflasche 5 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl Inf Lös 0.9% 100 ml	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl Inf Lös 0.9% 250 ml	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionszubehör: Infusionsset Promedical, steriler Behälter, 0.45-µm-Spritzenfilter, 1.2-µm-Inline-Infusionsfilter, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter.	

**Dosierung:** \_\_\_\_\_ mg      **Gewicht des Patienten:** \_\_\_\_\_ kg

Die empfohlene Dosis Onpattro® beträgt 0.3 mg pro kg Körpergewicht und wird mittels intravenöser Infusion einmal alle 3 Wochen verabreicht. Die Dosierung basiert auf dem aktuellen Körpergewicht. Bei Patienten, die ≥ 100 kg wiegen, beträgt die empfohlene Maximaldosis 30 mg. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.

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

**Kostengutsprache**     Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

**Infusionsservice**    Der Arzt / die Ärztin wünscht eine Heiminfusion durch eine MediService Pflegefachperson:  
Möglich ab der 4. Infusion     Ja     Nein

Zusätzlich benötigte Medikamente (Name, galenische Form, Stärke, Packungsgrösse)	Anzahl Packungen	Gültigkeit	Dosierung
<input type="checkbox"/> Paracetamol Filmtabl <input type="checkbox"/> 500 mg (20 Stk) <input type="checkbox"/> 1 g (20 Stk)			
<input type="checkbox"/> Tavegyl® Inj Lös 2 mg/2 ml (5 x 2 ml)			
<input type="checkbox"/> EpiPen® Inj Lös 0.3 mg Fertiginjektor (2 Stk)			
<input type="checkbox"/> Dexamethason Zentiva Inj Lös 5 mg/ml (3 Stk)			

**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>