

# Rezept / Anmeldung Heiminjektion

| 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        |

**Oxlumo®** (Lumasiran) Inj Lös 94.5 mg/0.5 ml (1 Stk) \_\_\_\_\_ **Anzahl Packungen**

Injektionszubehör: Spritze inkl. Kanüle 26G, Nadel 18G, Alkoholtupfer, Kompressen, Abwurfbehälter

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

Die empfohlene Dosis Oxlumo® besteht aus Initialdosen, die während 3 Monaten als monatliche Dosen gegeben werden, gefolgt von Erhaltungsdosen, beginnend einen Monat nach der letzten Initialdosis. Die jeweilige Dosis richtet sich nach dem Körpergewicht. Für aktuelle Informationen bitte stets die Fachinformation konsultieren.

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

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

**Injektionsservice**    Der Arzt / die Ärztin wünscht die Heiminjektion durch eine MediService Pflegefachperson:  
 Ja     Nein  
Heiminjektionen sind ab der 1. Erhaltungsdosis möglich.

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

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

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

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Wichtig</b><br>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. | <b>Unterschrift des Arztes</b> |
|   | Datum, Stempel / Unterschrift  |

**Haben Sie das Rezept unterschrieben?** Bitte das Rezept an [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an **032 686 20 30** senden.