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

☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 1 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 2.5 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 5 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
☐ **Remodulin®** (Treprostinil) Inf Lös 10 mg/ml Durchstechflasche 20 ml (1 Stk)	_____ **Anzahl Packungen**
Pumpen	☐ Lenus pro Pumpe normales Septum (i.v.) ☐ I-JET Subkutan Pumpe (s.c.) ☐ Lenus pro Pumpe prominentes Septum (i.v.)

Infusionszubehör	**Anz. Packungen**	**Infusionszubehör**	**Anz. Packungen**
Spritzen für I-JET Pumpe 20 Stk		Neria Guard Infusionsset 27G 6 mm 60 cm 10 Stk	
DUO Auffüllset Lenus Pro 1 Stk		Cleo 90 Infusionsset 6 mm 60 cm 10 Stk	

Nach Absprache mit dem Patienten wird ein individuelles Applikationsset abgegeben. Dieses umfasst z.B. Desinfektionsmittel, Alkoholtupfer, Gaze, Duschfolie, Seidenpflaster.

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit	☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____
Kostengutsprache	☐ Keine Kostengutsprache notwendig ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
Therapiebegleitung	☐ Der Arzt / die Ärztin wünscht eine Therapiebegleitung durch eine spezialisierte MediService PH-Pflegefachperson

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

02462

© MediService AG / Version: 22MSE0029DF_b