

# Rezept

## 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"/> <b>Remsima</b> <sup>®</sup> Trockensub 100 mg Durchstechflasche (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> <b>Solu-Cortef</b> <sup>®</sup> Trockensub 100 mg c Solv 2 ml Act-O-Vial (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Intrapur Lipid Filter 1.2 µm (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> NaCl 0.9% 250 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
<input type="checkbox"/> Aqua ad inj. 10 ml (OP à 20 Stk)	_____ Anzahl Packungen

**Dosierung** \_\_\_\_\_

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

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

Der Arzt wünscht die Infusionsdurchführung durch eine MediService Pflegefachperson

**Infusionsdurchführung**  in der Praxis  
 beim Patienten zu Hause (die initialen 3 Infusionen müssen in der Praxis / im Spital durchgeführt werden)

**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.

**Unterschrift des Arztes**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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.