

Rezept

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

☐ **Vesoxx®** Lös 10 mg/10 ml Fertigspritzen à 10 ml (100 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)
☐ Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.

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 Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/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 der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

Kostengutsprache-Antrag

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

Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuchs für Vesoxx an die Krankenkasse. In diesem Fall bitte die nachfolgenden klinischen Informationen angeben.
Indikation	<input type="checkbox"/> Innerhalb der Spezialitätenliste: neurogene Detrusorüberaktivität (Neurogenic Detrusor Overactivity: NDO) bei Kindern ab 6 Jahren und bei Erwachsenen <input type="checkbox"/> Ausserhalb der Spezialitätenliste: _____
Kriterien gemäss Limitatio der Spezialitätenliste www.spezialitaetenliste.ch (Stand Juli 2022)	<input type="checkbox"/> Die aktuelle Therapie umfasst eine intermittierende Katheterisierung der Blase <input type="checkbox"/> Eine adäquate Einstellung mit oralen Anticholinergika ist nicht möglich Präparat: _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> Der/die behandelnde Arzt/Ärztin ist als Neuro-Urologe/in tätig <input type="checkbox"/> Die Erstverordnung und erstmalige Dosisanpassung wird unter engmaschiger urodynamischer Kontrolle durchgeführt
Aktuelle Therapie(n)	_____
Bisherige Therapie(n) inkl. Ansprechen	_____
Relevante Nebenerkrankungen	_____
Bemerkungen	_____

Wichtig

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer bzw. seiner Unterschrift folgendes:

- (1) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
- (2) dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: <https://www.mediservice.ch/de/datenschutz.php>) hingewiesen hat;
- (3) dass die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und
- (4) dass die Patientin/der Patient - nach erfolgter Aufklärung – in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen der Ärztin/dem Arzt und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.

Im Übrigen bestätigt die Ärztin/der Arzt, selbst die Datenschutzerklärung der MediService AG (gleicher Link) zur Kenntnis genommen zu haben.

Bitte senden Sie das unterschriebene Formular an
contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30**.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift