

Rezept

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

 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 Kostengutsprachegesuchs an die Krankenkasse. Bitte füllen Sie die Angaben auf der 2. Seite aus.

Lieferadresse

obige Patientenadresse obige Arztadresse
 andere Lieferadresse (CH) Spitalapotheke

02411

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.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.

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 D F I

Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

Kostengutsprache Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprachegesuchs 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)

- Die aktuelle Therapie umfasst eine intermittierende Katheterisierung der Blase
- Eine adäquate Einstellung mit oralen Anticholinergika ist nicht möglich

Präparat: _____ Dosierung: _____
- Der/die behandelnde Arzt/Ärztin ist als Neuro-Urologe/in tätig
- 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 Arztin/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