

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 / der PatientIn der Rezeptübermittlung 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

Kostengutsprache-Antrag

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

Kostengutsprache 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 Innerhalb der Spezialitätenliste: Detrusorüberaktivität bei Kindern ab 6 Jahren und bei Erwachsenen aufgrund einer Rückenmarksverletzung Meningomyelozele (Spina bifida)
 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
 Der Arzt oder die Ärztin bestätigt mit seiner bzw. ihrer Unterschrift Folgendes:
 (1) dass der Arzt oder die Ärztin den Patienten/die Patientin über den Einbezug der MediService AG im Rahmen des Kostengutspracheverfahrens informiert hat;
 (2) dass der Arzt oder die Ärztin den Patienten/die Patientin auf die Datenschutzerklärung der MediService AG (abrufbar unter: <https://www.mediservice.ch/de/cookie-policy.php>) hingewiesen hat;
 (3) dass der Arzt oder die Ärztin dem Patienten/der Patientin erklärt hat, dass der Einbezug der MediService AG freiwillig ist; und (4) dass der Patient/die Patientin - nach erfolgter Aufklärung - in den Einbezug von MediService und in die Datenweitergabe zwischen dem Arzt oder der Ärztin und der MediService AG und zwischen der MediService AG und dem Krankenversicherer ausdrücklich eingewilligt hat.
 Im Übrigen bestätigt der Arzt oder die Ärztin, 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 des Arztes
	Datum, Stempel / Unterschrift