

Rezept für Schmerztherapie (Gültigkeit 1 Jahr)

Zuweisende Institution:			
Angemeldet durch: (Name der Person)			
An:	Tel.-Nr Zentrale / Hotline: 058 851 97 00 Tel.-Nr direkt: 058 851 97 14 homecare.parenteral@bichsel.ch	Datum/ Kürzel:	

Angaben der Patientin/ des Patienten:

Vorname: _____

Name: _____

Geschlecht: _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Obligatorisch KK Nr. **UND** AHV Nr.: _____

Spitex und Tel.-Nr.: _____

Behandelnder Arzt/ Ärztin: _____

Die Patientin/der Patient wird am _____ nach Hause gehen bzw. wird entlassen.

Haben Sie eine Kostengutsprache ausgefüllt ☐ ja ☐ nein

Wichtig: Die Lieferung erfolgt im Normalfall von Montag bis Freitag per Camion oder Post und muss zwingend entgegengenommen werden, da bei Arzneimittellieferungen eine Deponierung vor Ort gesetzlich nicht erlaubt ist. An Sonn- und Feiertagen finden keine Lieferungen statt. In Ausnahmefällen ist eine Lieferung per Post auf Samstag möglich.

Anstelle des Originalpräparats liefert Bichsel, sofern nicht explizit anders verordnet, das entsprechende Generikum. Dies auf Grund der zusätzlichen Mehrkosten durch den erhöhten Selbstbehalt bei Originalpräparaten für die Patienten/ Patientinnen.

☐ **Der Patient/ die Patientin wurde durch den Arzt/ die Ärztin über mögliche zusätzliche Mehrkosten der betreffenden Therapie informiert (nicht kassenpflichtige Produkte, Produkte über MiGeL-Höchstvergütungsbetrag, noch nicht bewilligte Kostengutsprachen bei Austritt)**

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare
Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke
Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch

1. Betäubungsmittelgesetz

- ☐ Rezeptkopie per Mail
- ☐ Rezept per Post
- ☐ Rezept bei Patient/in
- ☐ Nicht nötig, da keine Betäubungsmittel gebraucht werden

MERKE

Für **Betäubungsmittel** wie zum Beispiel Morphin wird zusätzlich die **rosa Rezeptvorlage** benötigt. Dieses **Originalrezept** muss per Post an die **Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG** geschickt werden oder **an die Apotheke, welche die Betäubungsmittel liefert** oder das Original wird dem Patienten mit **nach Hause** gegeben.

2. Pumpen und Zubehör

- ☐ Mobile Pumpe (inkl. Infusionsbesteck und Rucksack)
- ☐ Nicht mobile Pumpe (inkl. Infusionsbesteck)
- ☐ Perfusor (inkl. Perfusorspritze und Perfusorleitung)
- ☐ Schwerkraft Infusionsbesteck/ mit Tropfenzähler
- ☐ **2a) 2.Pumpe nötig, bitte Begründung angeben (z.Bsp Schmerztherapie, Hydrierung, Notfallpumpe etc):** _____

3. Zu verabreichende Medikamente (inkl. Betäubungsmittel) und Infusionslösungen

Medikament (Dosierung mg/g) mit x ml NaCl 0,9% oder Aqua Injectibila auflösen und in x ml NaCl 0,9%/Glucose 5%/ Ringer Infusionslösung verdünnen und über x Stunden verabreichen. Therapie dauert bis und mit (Datum).

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung

Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare

Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke

Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch

4. Ergänzende Produkte für die Therapie:

☐ **PICC-Line oder ☐ Power PICC-Line Anzahl Lumen** _____

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| -PICC-Line Kit | -IV 3000 Opsite 10x12cm |
| -Tegaderm TM CHG 10x12cm | -StatLock oder Griplik |
| -Silverlon Site | |

☐ **Port-a-Cath Nadel Grösse (G)** _____ **Kanüle** _____ **mm, Wechsel alle** _____ **Tage**

- | | |
|------------------------|-------------|
| -Port a Cath Kit | -Emla Patch |
| -Port a Cath Nadel | |
| -IV3000 Opsite 10x12cm | |

☐ **Midline**

- | | |
|----------------------------------|------------------------|
| -Statlock i.v.Ultra oder Griplik | -IV3000 Opsite 10x12cm |
| -Tegaderm TM CHG 10x12cm | |

☐ **PVK**

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| -Venflon Venenverweilkanüle | -IV3000 Opsite 6x8cm mit Schlitz |
|-----------------------------|----------------------------------|

☐ **Subkutan**

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| -BD Saf T Intima | -IV3000 Opsite 6x8cm mit Schlitz |
| -Butterfly | -IV3000 Opsite 10x12cm |

Abschluss der Infusion (abstöpseln)

NaCl 0.9 % ☐ 10ml oder ☐ 20ml

Locklösung: ☐ Heparin mit _____ IE oder ☐ Taurolock mit _____ ml

Verbandswechsel: Alle _____ Tage

Needlefree Konnektor/Bidirektionales Ventil Wechsel alle _____ Tage

Desinfektions- und Verbrauchsmaterial

- | | |
|---|---|
| - Alkoholtupfer | - Klebevlies und Folienverband |
| - Antiseptika (Chlorhexidin/Octenisept/Kodan) | - Medikamentenzugabe Etiketten rot |
| - Aqua dest. 10ml MiniPlasco | - Mini Spike PL Entnahmekanüle |
| - Aufziehkanülen | - NaCl 0.9% 10ml MiniPlasco |
| - BD Posiflush SP 10ml Fertigspritzen | - NaCl 0.9% 20ml MiniPlasco |
| - BD Posiflush XS 10ml steril eingepackte Fertigspritze | - Needlefree Conector |
| - Blutentnahme Adapter | - Rückschlagventil |
| - Combistopper | - Schlauchbandagen |
| - Desinfektions Cap | - s.c. Nadeln |
| - Discofix mit oder ohne Verlängerung | - Spritzen 1/3/5/10/20/50ml LuerLock |
| - E-Safe Entsorgungsbox | - Sterile Kompressen |
| - Emla | - Sterile Wattenstäbli grosser/kleiner Kopf |
| - Ethanol 70% | - Transofix |
| - Freka Lipoflow Überleitgerät | - Utility Grip (Fixation) |
| - Händedesinfektionsmittel | - Verbandsmaterial (Gaze/Binden/etc.) |
| - Heftpflaster und Seidenpflaster | - Verbandsset |
| - Infusionsständer | - Verlängerungen |
| - Insulinspritzen | |

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt/ Ärztin:

Laboratorium Dr. G. Bichsel AG

Herstellung

Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
info@bichsel.ch

HomeCare

Weissenaustrasse 73
3800 Unterseen
homecare@bichsel.ch

Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG

Grosse Apotheke

Bahnhofstrasse 5a
3800 Interlaken
bestellung@bichsel.ch