



## **Einverständniserklärung zur OCREVUS® Therapiebegleitung für Patientinnen und Patienten**

### **Anmeldung**

Ich möchte gerne die von meinem Arzt empfohlene Therapiebegleitung der MediService AG nutzen.

### **Persönlichen Angaben** *(bitte in Blockschrift ausfüllen)*

Anrede:      Frau                       Herr

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Meine behandelnde Ärztin/Mein behandelnder Arzt:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### **Datenschutz/Bearbeitung der Daten**

Ich bin einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Adresse, Kontaktinformationen, Medikation, Krankengeschichte) sowie Daten über in Anspruch genommene Dienstleistungen bei der MediService AG Therapiebegleitung erfasst, gespeichert, bearbeitet und genutzt werden, solange diese streng vertraulich und gemäss dem schweizerischen Datenschutzgesetzes behandelt werden.

Ich erlaube der MediService AG, anonymisierte Daten an den Hersteller weiterzugeben, damit diese durch den Hersteller für die Auswertung des Programms verwendet und verarbeitet werden können.

### **Berichte und Kontakt mit behandelndem Arzt**

Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Arzt seitens der MediService AG über Besonderheiten im Rahmen meiner Therapie informiert wird.

Ich bin einverstanden, dass die Roche Pharma (Schweiz) AG bei besonderen Vorkommnissen (Nebenwirkungen, Schwangerschaft etc.), die während der Medikamententherapie aufgetreten sind, meinen behandelnden Arzt kontaktiert.

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_