



Déclaration de consentement concernant OCREVUS® Aide au traitement pour les patients

Inscription

Je souhaite profiter du suivi thérapeutique de MediService AG recommandé par mon médecin.

Informations personnelles (veuillez compléter en caractères d'imprimerie)

Forme de politesse: Madame

Monsieur

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

NPA, localité: _____

Téléphone: _____

Mobile: _____

Date de naissance: _____

E-mail: _____

Mon médecin traitant:

Nom: _____

Adresse: _____

Confidentialité/Traitement des données

J'accepte que mes données personnelles (adresse, coordonnées, médicaments, antécédents médicaux) ainsi que des données sur les prestations reçues par MediService AG sont enregistrées, stockées et utilisées tant qu'elles sont strictement confidentielles et traitées conformément à la loi suisse sur la protection des données.

J'autorise MediService AG à transmettre des données anonymisées au fabricant afin qu'elles puissent être utilisées et traitées via le fabricant pour l'évaluation du programme.

Rapports et contact avec le médecin traitant

J'accepte que mon médecin traitant soit informé par MediService AG des particularités de mon traitement.

J'accepte que Roche Pharma (Suisse) SA, lors d'événements particuliers (effets secondaires, grossesse, etc.) qui sont apparues pendant le traitement médicamenteux contacte mon médecin traitant.

Lieu, date

Signature
