

Anmeldung zum Sandoz Home Care Programm

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

- ☞ Hiermit beauftrage ich eine spezialisierte Pflegefachperson von MediService Home Care, die Patientin / den Patienten betreffend der persönlichen Begleitung (Hausbesuche, Telefon, Video-Anrufe) zum verordneten Medikament und allgemein zur Multiplen Sklerose zu kontaktieren.
- ☞ MediService verpflichtet sich, alle Patientendaten streng vertraulich gemäss den aktuell geltenden Schweizer Datenschutzbestimmungen zu behandeln.
- ☞ Vor Start der Therapiebegleitung wird eine schriftliche Patienteneinverständniserklärung durch MediService eingeholt.
- ☞ Bitte stellen Sie sicher, dass der Patientin / dem Patienten das Medikament zum Instruktionstermin zur Verfügung steht.

Home Care-Therapiebegleitung für folgendes MS Medikament:

- Fingolimod-Sandoz®
 Teriflunomid-Sandoz®
 Dimethylfumarat-Sandoz®

Erstdosisüberwachung durch eine MediService-Pflegefachperson in meiner Praxis:

- Fingolimod-Sandoz®

Bemerkungen:

<p>Wichtig Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die Patientin / der Patient der Therapiebegleitung mit MediService zugestimmt hat und dass die Daten des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.</p> <p>Haben Sie das Formular unterschrieben? Bitte das Formular an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</p>	<p>Unterschrift des Arztes</p> <hr/> <p>Datum, Stempel / Unterschrift</p>
--	---