

# Anmeldung Home Care

## 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.

### Der Arzt wünscht den Biogen MS Care Patientenservice durch das MediService Home Care Team für folgendes MS Medikament:

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avonex®   | <input type="checkbox"/> Tecfidera® |
| <input type="checkbox"/> Plegridy® | <input type="checkbox"/> Vumerity™  |

Ich habe meiner Patientin / meinem Patienten folgende Dosierung verschrieben:

### Injektionsverabreichung oder Infusionsdurchführung durch eine MediService-Pflegefachperson in meiner Praxis:

- Tysabri™\*

\* Therapiebegleitung durch MediService Home Care nur möglich, wenn der Bezug des Medikamentes über MediService erfolgt.

Bemerkungen:

#### Wichtig:

Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der Patient-/In der Therapiebegleitung über 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.

Haben Sie das Formular unterschrieben? Bitte das Formular an [contact@mediservice.ch](mailto:contact@mediservice.ch) oder via Fax an 032 686 20 30 senden.

#### Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift