

Anmeldung Sandoz Home Care Patientenprogramm

Arztdaten (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 für die persönliche Begleitung (Telefon, Videoanrufe, Erstdosisüberwachung in der Arztpraxis) 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®

Ich habe meiner Patientin / meinem Patienten folgende Erhaltungsdosis verschrieben:

- 0.5 mg / Tag
 14 mg / Tag

Erstdosisüberwachung durch eine MediService-Pflegefachperson in meiner Praxis:

- Fingolimod-Sandoz®

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 oder via Fax an 032 686 20 30 senden.

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift