

Rezept

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	
Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ **Arikayce®** liposomal 590 mg Dispersion für Vernebler (28 Stk) _____ **Anzahl Packungen**

☐ **Lamira®** Inhalationssystem _____ **Anzahl Packungen**

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Der Arzt / die Ärztin wünscht eine Therapiebegleitung durch eine spezialisierte MediService Pflegefachperson ☐ Ja ☐ Nein
Bitte das Anmeldeformular im Anhang ausfüllen und unterschreiben.

Lieferadresse ☐ obige Patientenadresse ☐ obige Arztadresse
☐ andere Lieferadresse (CH) ☐ Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Wichtig

Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken, sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen, an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.

Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an **032 686 20 30** senden.

Unterschrift des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift

Anmeldung zum Arikayce® Patienten Support Programm

Angaben der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes	
Anrede	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Angaben der Patientin / des Patienten	
Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I	
Anrede	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

Anmeldung

Ich beantrage für meine Patientin / meinen Patienten die Aufnahme in das Patientensupportprogramm für das Arzneimittel Arikayce® liposomal 590 mg Dispersion für Vernebler respektive Lamira® Inhalationssystem gemäss Rezept. Das Patientensupportprogramm kann je nach Therapie unterschiedliche Dienstleistungen zur Unterstützung der korrekten Einnahme des Arzneimittels Arikayce® beinhalten. Die gesamten Dienstleistungen werden ausschliesslich durch eine spezialisierte Pflegefachperson ausgeführt, welche unter der Weisungshoheit der Ärztin / des Arztes steht.

Informationsaustausch mit Patientin / Patienten

Ich erlaube MediService, die Patientin / den Patienten direkt zu kontaktieren und mit ihr / ihm relevante Informationen zur Unterstützung der Behandlung im Rahmen folgender von mir verlangten Dienstleistungen auszutauschen:

- Instruktion in der Anwendung von Arikayce® inklusive dem Inhalationsmaterial mit Informationen zum Beispiel zur Hygiene, Vorbereitung der Inhalation, Vermeidung von häufig gemachten Fehlern, Entsorgung, Vorratshaltung
- Umgang mit Nebenwirkungen
- Umgang mit dem Medikament im Alltag (Lagerung, Zubehör, Reisen, Vorsichtsmassnahmen)
- Mögliche Adhärenz fördernde Massnahmen während der Therapie
- Telefonische Beratung (Montag – Freitag von 08:00 – 17:00 ausser feiertags)

Kontaktschema fürs erste Behandlungsjahr:

Zeitpunkt	Tag 1	Tag 2	Woche 4	Monat 4	Monat 6	Monat 12
MediService Kontakt	Besuch	Besuch	Besuch / Video Tel.	Telefonat / Video Tel.	Telefonat / Video Tel.	Telefonat / Video Tel.

Kontaktschema für das 2. Behandlungsjahr: Telefonat in Monat 15 und 18

Die tatsächlichen Patientenkontakte können je nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten und der verordnenden Ärztin / des verordnenden Arztes vom Standardplan abweichen.

Die Ersts Schulung

- ☐ Die Ersts Schulung muss durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt in der Klinik im Beisein der MediService Pflegefachperson erfolgen (potentiell lebensbedrohliche Überempfindlichkeitsreaktionen inkl. Anaphylaxie). Terminkoordination durch die MediService Pflegefachperson.
- ☐ Die Ersts Schulung sollte direkt beim Patienten zu Hause durch die MediService Pflegefachperson erfolgen.
- ☐ Vorbereitung des Notfallmedikamenten-Rezepts durch die MediService Pflegefachperson.

Anmeldung zum Arikayce® Patienten Support Programm

Angaben der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes	
Anrede	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Angaben der Patientin / des Patienten	Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I
Anrede	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

Rechte und Pflichten

Mit der Anmeldung bestätige ich, dass die vorliegende Anmeldung zum PSP Programm zur Behandlung der Patientin / des Patienten erforderlich ist und im vollen Interesse der Patientin / des Patienten liegt und den allgemein anerkannten Grundsätzen des medizinischen Berufes entspricht. Ich bestätige zudem, dass ich darüber informiert wurde, dass die Kosten des Patientensupportprogramm durch die Herstellerin von Arikayce®, die Firma Insmed Inc., vollumfänglich übernommen werden und daher nicht der Krankenkasse der Patientin / des Patienten verrechnet werden. Diese Tatsache hat die Therapieentscheidung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes nicht beeinflusst. Weiter bestätige ich, dass die Therapiehoheit trotz der Auslagerung von Unterstützungsdienstleistungen jederzeit bei der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt bleibt.

Datenschutz / Bearbeitung der Daten

Ich bin einverstanden, dass die von mir offengelegten personenbezogenen Gesundheitsdaten der Patientin / des Patienten (Adresse, Kontaktinformationen, Medikation, Krankengeschichte) sowie Daten über in Anspruch genommene Dienstleistungen bei der MediService erfasst, gespeichert, bearbeitet und für die Zwecke des PSP Programms genutzt werden, solange diese streng vertraulich behandelt und gemäss dem schweizerischen Datenschutzgesetz bearbeitet werden. MediService wird keine unverblindeten personenbezogenen Gesundheitsdaten an den Arzneimittel- oder Medizinprodukte-Hersteller weitergeben, die Rückschlüsse auf die Patientin / den Patienten zulassen. Die Weitergabe der personenbezogenen Gesundheitsdaten muss zwingend durch den Patienten / die Patientin via separate Einwilligung genehmigt werden. Diese wird durch MediService vom Patienten vor dem Programmstart eingeholt.

Für Fragen oder Bedenken bezüglich des Inhalts der Anmeldung bzw. zum angebotenen Patientensupportprogramm, ist MediService zu erreichen via:

homecare@mediservice.ch / Tel: 032 686 28 28 oder MediService AG, Ausserfeldweg 1, CH-4528 Zuchwil.
MediService wird angemessene Anstrengungen unternehmen, um Fragen umgehend zu beantworten.

Sonstige Bemerkungen:

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.	Unterschrift der Ärztin / des Arztes
Haben Sie das Formular unterschrieben? Bitte das Formular an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.	Datum, Stempel / Unterschrift