MediService by Redcare

Anmeldung zum AstraZeneca WAINZUA®

Home Care Programm «Acapella»

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

☞ Hiermit beauftrage ich eine spezialisierte Pflegefachperson von MediService Home Care, die Patientin/den Patienten betreffend folgender Punkte zu kontaktieren:
- persönliche Schulung in der Anwendung des Medikaments Wainzua® zu Hause / in der Praxis / im Spital
- persönliche Begleitung im Umgang mit Wainzua® und dem allgemeinen Umgang mit der Erkrankung Polyneuropathie im Zusammenhang mit hereditärer Transthyretin-vermittelter Amyloidose (ATTRv).

☞ MediService verpflichtet sich, alle Patientendaten streng vertraulich gemäss den aktuellen Schweizer Datenschutzbestimmungen zu behandeln.

☞ Vor Start der Therapiebegleitung wird eine schriftliche Patienteneinverständniserklärung durch MediService eingeholt.

☞ Bitte stellen Sie sicher, dass der Patientin/dem Patienten zum Instruktionstermin das Medikament und das Material zur Verfügung stehen.

Bemerkungen / Informationen:

Wichtig Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Therapiebegleitung mit MediService zugestimmt hat und dass die Daten der Ärztin/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 **homecare@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.	Datum, Stempel / Unterschrift

© MediService AG / Version: 25MSE0046DF_a
AZ ID: CH-11474_06/2025