MediService by Redcare

Anmeldung zum Hulio® Home Care Programm

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 Patienten / den Patienten betreffend folgender Punkte zu kontaktieren:
- persönliche Schulung in der Anwendung des Medikaments Hulio® zu Hause / in der Praxis / im Spital
- persönliche Begleitung im Umgang mit Hulio® und dem allgemeinen Umgang mit der Erkrankung Rheumatoide Arthritis, Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Psoriasis, Acne inversa oder Uveitis

☞ 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 **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.	Datum, Stempel / Unterschrift

© MediService AG / Version: 25MSE0075DF_a