

Anmeldung zum Mavenclad® 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 Patientin / den Patienten betreffend folgender Punkte zu kontaktieren:

- persönliche Schulung in der Anwendung des Medikaments Mavenclad®
- persönliche Begleitung im Umgang mit Mavenclad® und dem allgemeinen Umgang mit der Erkrankung Multiple Sklerose

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

☞ Dieses Programm wird in Zusammenarbeit mit der Merck Schweiz AG bereitgestellt. Im Rahmen des Home-Care-Programms können anonymisierte oder pseudonymisierte Patientendaten Merck (Schweiz) AG zu administrativen Zwecken übermittelt werden. Diese Informationen können von Merck nicht mit einzelnen Patienten in Verbindung gebracht werden. MediService bleibt dafür verantwortlich, alle Patientendaten streng vertraulich gemäss den aktuellen Schweizer Datenschutzbestimmungen zu behandeln.

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

Dosierung ist Gewichtsabhängig, entsprechend den Dosierungstabellen auf der Fachinformation von Mavenclad® <http://www.swissmedinfo-pro.ch>

Anzahl Tabletten Woche 1: _____ Stk

Anzahl Tabletten Woche 2: _____ Stk

Patientengewicht: _____ kg

Home Care Begleitung für: ☐ Behandlungsphase 1 ☐ Behandlungsphase 2

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