MediService by Redcare

Anmeldung zum Spirig 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 die persönliche Begleitung (Hausbesuche, Telefon, Video-Anrufe) zum verordneten Medikament und allgemein zur betreffenden Indikation zu kontaktieren.

☞ 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.

Home Care-Therapiebegleitung für folgendes Medikament:

Medikament	**Indikation**
☐ Hukyndra®	Rheumatoide Arthritis, Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew), Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Psoriasis, Hidradenitis suppurativa (Acne inversa) oder Uveitis
☐ Movymia®	Osteoporose
☐ Ustekinumab-Spirig®	Plaque-Psoriasis, Psoriasis-Arthritis oder Morbus Crohn (Nur die subkutane Verabreichung ist Bestandteil des Home-Care-Programms)

Bemerkungen / Informationen / Angaben zur Indikation:

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: 26MSE0046DFI_a