

Anmeldung zum Adempas® Home Care Programm

Arzt Daten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	
Patientensprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☞ Hiermit beauftrage ich eine spezialisierte PH-Nurse von MediService Home Care, die Patientin/den Patienten betreffend folgender Punkte zu kontaktieren:

- Persönliche Schulung in der Anwendung des Medikaments Adempas®
- Begleitung bei der Auftitrierung des Medikaments Adempas® via Telefon oder Videotelefonie
- Hilfeleistung im Umgang mit eventuellen Nebenwirkungen und dem allgemeinen Umgang mit der Pulmonalen Hypertonie im Alltag (z.B. auf Reisen, bei der Arbeit usw.)

☞ 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 Therapiestart das Medikament zur Verfügung steht.

Bemerkungen

Wichtig

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Therapiebegleitung über 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.

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

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift