

Anmeldung miCARE

bitte faxen an:
032 686 28 05

MEDI SERVICE

Ausserfeldweg 1
4528 Zuchwil
Telefon: 0800 220 222
E-Mail: contact@mediservice.ch

Ihre Spezialapotheke

Arztdaten (evtl. Praxisstempel)	
Vorname, Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	E-Mail:
Patientendaten (evtl. Patientenetikette)	
Vorname, Name:	Tel.:
Strasse/Nr.:	Sprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
PLZ/Ort:	Geburtsdatum:
E-Mail:	

☞ Hiermit erhält MediService Home Care den Auftrag, betreffend miCARE-Therapiebegleitung mit dem Patienten/der Patientin Kontakt aufzunehmen.

Zum miCARE-Programm gehören:

- Persönliche Schulung in der Anwendung des Medikamentes Aimovig zu Hause oder in der Arztpraxis.
- Anschliessend telefonische, Video-telefonische und/oder persönliche Begleitung (Hausbesuche) zum verordneten Medikament und allgemein zu Migräne durch eine spezialisierte Pflegefachperson.

MediService verpflichtet sich, alle persönlichen Daten (Adresse, Kontaktinformationen, Medikation, Krankengeschichte) sowie Daten über in Anspruch genommene Dienstleistungen bei der MediService Home Care Therapiebegleitung, die erfasst, gespeichert, bearbeitet und genutzt werden, streng vertraulich zu behandeln und gemäss dem schweizerischen Datenschutzgesetz zu bearbeiten.

☞ Bitte stellen Sie sicher, dass dem Patienten zum Instruktionstermin Aimovig zur Verfügung steht.

Keine Medikamenten-Abgabe via MediService gewünscht.

Bemerkungen: _____

Unterschrift des Arztes

Wichtig: Der Patient hat der Home Care Betreuung durch das MediService Pflegefachpersonal zugestimmt. (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).
Ich erkläre mich einverstanden, dass im Falle von unerwünschten Ereignissen MediService gegebenenfalls meine Kontaktdaten an die Herstellerfirma weiterleitet, damit die Firma mich bei Rückfragen direkt kontaktieren kann.

Datum _____ Stempel / Unterschrift _____