

Anmeldung zum Dupixent® My Way Programm

Arzt Daten (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, den Patienten/der Patientin betreffend folgender Punkte zu kontaktieren:
 - Persönliche Schulung in der Anwendung des Medikaments Dupixent® zu Hause.
 - Persönliche Begleitung im Umgang mit Dupixent® und dem allgemeinen Umgang mit Atopischer Dermatitis, Asthma oder chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen.
- ☞ MediService verpflichtet sich, alle Patientendaten streng vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzuleiten.
- ☞ Vor Start der Therapiebegleitung wird eine schriftliche Patienteneinverständniserklärung durch MediService eingeholt.
- ☞ Bitte stellen Sie sicher, dass dem Patienten zum Instruktionstermin das Medikament zur Verfügung steht.

Bemerkungen

Wichtig

Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die/der PatientIn der Therapiebegleitung über MediService zugestimmt hat und dass die Daten 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 des Arztes

Datum, Stempel / Unterschrift