

Anmeldung zum Treprostinil 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 und Begleitung in der Anwendung des Medikaments Treprostinil (im Spital, zu Hause, Telefon, Videotelefonie)
- persönliche Schulung des Pumpenmanagements der intravenösen oder subkutanen Treprostinil Therapie
- Schulung der Angehörigen/Spitex für den Verbandwechsel der PICC Line (zentralvenöser Katheter)
- Schulung des Spitalpersonals im Umgang mit der implantierten Pumpe (Lenus pro / IP 2000K)
- Hilfeleistungen 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 Instruktionstermin das Medikament und das benötigte Material für die Pumpe und den Verbandwechsel zur Verfügung stehen.

☞ Bitte senden Sie die Kostengutsprache für das Pumpenmaterial für die externe Pumpe bei der Anmeldung mit.

☞ Für die subkutane Therapie benötigen wir das Titrationsschema, hierfür werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

Home Care Therapiebegleitung für folgende Therapie:

- Treprostinil intravenös über eine externe Pumpe (z.B. CADD Solis Pumpe)
- Treprostinil intravenös über eine implantierte Pumpe (z.B. Lenus pro / IP 2000K Pumpe)
- Treprostinil subkutan über die Apex Pumpe

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 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