MediService by Redcare

Anmeldung zum Treprostinil 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 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 Verbandswechsel 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 externe Pumpe (z.B. I-Jet oder Apex)

Bemerkungen:

Wichtig Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/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.	**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**
Haben Sie das Formular unterschrieben? Bitte das Formular an **contact@mediservice.ch** oder via Fax an **032 686 20 30** senden.	Datum, Stempel / Unterschrift

© MediService AG / Version: 22MSE0014DF_b