

Anmeldung zum Uptravi® 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 Uptravi®
- Begleitung bei der Auftitrierung des Medikaments Uptravi® 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 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