MediService by Redcare

Anmeldung zum Roche Ocrevus® 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 Home Care MediService mit der Durchführung der Ocrevus® Infusion in meiner Praxis.
☞ Hiermit bestätige ich, dass die Infusionstherapie mit Ocrevus® meiner Verantwortung und Aufsichtspflicht vor Ort während der Durchführung der Infusion unterliegt.
☞ Bitte beachten Sie, dass Ocrevus® und die entsprechenden Medikamente zur Prämedikation sowie das Infusionsmaterial zum Infusionstermin verfügbar sein müssen.
☞ Bei Bedarf ist Home Care MediService gerne bei der Auswahl bzw. Bereitstellung des benötigten Infusionsmaterials behilflich.
☞ MediService verpflichtet sich, alle Patientendaten streng vertraulich gemäss den aktuellen Schweizer Datenschutzbestimmungen zu behandeln.
☞ Vor Start der Infusionstherapie wird eine schriftliche Patienteneinverständniserklärung durch MediService eingeholt.

Infusionstherapie

☐ Ocrevus® i.v. ☐ Ocrevus® s.c.

Bemerkungen / Informationen:

Wichtig Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Therapiebegleitung mit 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: 25MSE0010DF_a