



## Dichiarazione di consenso a OCREVUS® Supporto alla terapia per pazienti

### Registrazione

Desidero avvalermi del supporto alla terapia di MediService AG consigliato dal mio medico.

### Dati personali (compilare a stampatello)

Appellativo: Sig.ra  Sig.

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ NPA, Luogo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Il mio medico curante:

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

### Protezione dei dati/Elaborazione dei dati

Acconsento al rilevamento, alla memorizzazione, all'elaborazione e al trattamento dei miei dati personali (indirizzo, informazioni di contatto, medicazione, anamnesi), nonché dei dati sui servizi di cui mi avvalgo per il supporto alla terapia di MediService AG, a condizione che questi vengano trattati in modo severamente confidenziale e secondo la legge svizzera in materia di protezione dei dati.

Autorizzo MediService AG a trasmettere i dati anonimizzati al produttore, affinché questi possano essere utilizzati ed elaborati dal produttore ai fini del monitoraggio del programma.

### Referti e contatti con il medico curante

Acconsento a che il mio medico curante venga informato da MediService AG di circostanze particolari legate alla mia terapia.

Acconsento a che Roche Pharma (Svizzera) SA contatti il mio medico curante in caso di eventi particolari (effetti collaterali, gravidanza, ecc.), che si verificano durante la terapia con il medicamento.

Luogo, Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_