

## Anmeldung für die einmalige Initialdosis von 1 mg/kg (Tag 1)

### Daten Patient

Vorname		Name	
Strasse		PLZ/Ort	
Geb. Dat.	/	Geschlecht	M      W
Tel.		E-Mail	

### Schulungsservice

Die Alhemo® Pen Instruktion für die einmalige Initialdosis (Tag 1) soll wie folgt stattfinden:

Zuhause beim Patienten: bitte den Patienten per Telefon kontaktieren.

Im Zentrum: bitte kontaktieren Sie das Zentrum für einen Termin.

Produkt: Alhemo® Pen      60 mg      150 mg

#### Dosierung:

Tag 1 - Einmalige Initialdosis von 1 mg/kg:      mg

Die Ärztin/der Arzt bestätigt, dass die einmalige Initialdosis im Rahmen des Schulungsservice durch Careformance GmbH verabreicht werden soll.

Die Ärztin/der Arzt wünscht nach der Instruktion einen kurzen Bericht.

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Voraussetzungen für den nordicare® Schulungsservice erfüllt sind:

- Dem Patienten wurde Alhemo® verschrieben.
- Der Patient wurde über den nordicare® Schulungsservice informiert.
- Der Patient hat der Teilnahme am nordicare® Schulungsservice zugestimmt und ist damit einverstanden, dass die notwendigen personenbezogenen Daten an Careformance GmbH und von Careformance GmbH an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bzw. an das Zentrum übermittelt werden.

Die Anweisungen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes sind bindend. Der nordicare® Schulungsservice ist an die Pflegekräfte der Careformance GmbH gebunden und kann nicht an Dritte übertragen werden.

**Widerrufshinweis:** die Teilnahme am nordicare® Schulungsservice kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an die Careformance GmbH widerrufen werden.



Bitte per E-Mail senden an:  
[careformance@hin.ch](mailto:careformance@hin.ch)

Datum

### Angaben behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname:

Adresse Praxis oder Klinik:

#### Kontakt:

Careformance GmbH  
Frau Arlette Elmer  
Geschäftsführerin / Pflegefachfrau  
Ziegeleistrasse 6  
8360 Eschlikon  
Tel 079 763 10 79

## Anmeldung für die anfängliche Tagesdosis von 0,20 mg/kg (ab Tag 2)

### Daten Patient

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geb. Dat. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ W \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Schulungsservice

Die Alhemo® Pen Instruktion für die anfängliche Tagesdosis (ab Tag 2) soll wie folgt stattfinden:

Zuhause beim Patienten: bitte den Patienten per Telefon kontaktieren.

Im Zentrum: bitte kontaktieren Sie das Zentrum für einen Termin.

Produkt: Alhemo® Pen                      60 mg                      150 mg

#### Dosierung:

Ab Tag 2 - Anfängliche Tagesdosis von 0,20 mg/kg: \_\_\_\_\_ mg

Bestätigung Initialdosis:

Wurde bereits verabreicht

Angemeldet bei Careformance (siehe separates Anmeldeformular)

Die Ärztin/der Arzt wünscht nach der Instruktion einen kurzen Bericht.

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Voraussetzungen für den nordicare® Schulungsservice erfüllt sind:

- Dem Patienten wurde Alhemo® verschrieben.
- Der Patient wurde über den nordicare® Schulungsservice informiert.
- Der Patient hat der Teilnahme am nordicare® Schulungsservice zugestimmt und ist damit einverstanden, dass die notwendigen personenbezogenen Daten an Careformance GmbH und von Careformance GmbH an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bzw. an das Zentrum übermittelt werden.

Die Anweisungen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes sind bindend. Der nordicare® Schulungsservice ist an die Pflegekräfte der Careformance GmbH gebunden und kann nicht an Dritte übertragen werden.

**Widerrufshinweis:** die Teilnahme am nordicare® Schulungsservice kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an die Careformance GmbH widerrufen werden.



Bitte per E-Mail senden an:  
**careformance@hin.ch**

Datum

### Angaben behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname:

Adresse Praxis oder Klinik:

#### Kontakt:

Careformance GmbH  
Frau Arlette Elmer  
Geschäftsführerin / Pflegefachfrau  
Ziegeleistrasse 6  
8360 Eschlikon  
Tel 079 763 10 79

## Anmeldung für die individuelle Erhaltungsdosis nach der Concizumab-Konzentrationsbestimmung

### Daten Patient

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geb. Dat. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ W \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Schulungsservice

Aufgrund der Anpassung der Dosierung nach Messung der Concizumab-Konzentration soll eine weitere Instruktion stattfinden. Die Alhemo® Pen Instruktion für die individuelle Erhaltungsdosis soll wie folgt stattfinden:

Zuhause beim Patienten: bitte den Patienten per Telefon kontaktieren.

Im Zentrum: bitte kontaktieren Sie das Zentrum für einen Termin.

Produkt: Alhemo® Pen                      60 mg                      150 mg

#### Dosierung:

Individuelle Erhaltungsdosis von: \_\_\_\_\_ mg

0.15 mg/kg

0.20 mg/kg

0.25 mg/kg

Die Ärztin/der Arzt wünscht nach der Instruktion einen kurzen Bericht.

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Voraussetzungen für den nordicare® Schulungsservice erfüllt sind:

- Dem Patienten wurde Alhemo® verschrieben.
- Der Patient wurde über den nordicare® Schulungsservice informiert.
- Der Patient hat der Teilnahme am nordicare® Schulungsservice zugestimmt und ist damit einverstanden, dass die notwendigen personenbezogenen Daten an Careformance GmbH und von Careformance GmbH an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bzw. an das Zentrum übermittelt werden.

Die Anweisungen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes sind bindend. Der nordicare® Schulungsservice ist an die Pflegekräfte der Careformance GmbH gebunden und kann nicht an Dritte übertragen werden.

**Widerrufshinweis:** die Teilnahme am nordicare® Schulungsservice kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an die Careformance GmbH widerrufen werden.



Bitte per E-Mail senden an:  
**careformance@hin.ch**

Datum

### Angaben behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname:

Adresse Praxis oder Klinik:

#### Kontakt:

Careformance GmbH  
Frau Arlette Elmer  
Geschäftsführerin / Pflegefachfrau  
Ziegeleistrasse 6  
8360 Eschlikon  
Tel 079 763 10 79