

Anmeldeformular nordicare® Schulungsservice für Faktorthherapie

NovoSeven®, Esperoct®, Refixia®



Daten Patient

Vorname _____ Name _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum / / Geschlecht M W
Telefon _____ E-Mail _____

Schulungsservice

Der Schulungsservice sollte wie folgt stattfinden:

Zuhause beim Patienten: bitte den Patienten per Telefon kontaktieren.

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

Produkt:

NovoSeven®	1 mg	2 mg	5 mg			
Esperoct®	500 IE	1000 IE	1500 IE	2000 IE	3000 IE	4000 IE
Refixia®	500 IE	1000 IE	2000 IE	3000 IE		

Dosierung:

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 ein oben angegebenes Produkt 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 die Praxis oder Klinik 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