

# Anmeldeformular nordicare® Pen Instruktion

Norditropin® FlexPro®



## Daten Patient:in

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

## Norditropin® FlexPro® Pen Instruktion

Die FlexPro® Pen Instruktion soll wie folgt stattfinden:

Zuhause bei der Patientin/beim Patienten: bitte die Patientin/den Patienten per Telefon kontaktieren.

In der Praxis/Klinik: bitte kontaktieren Sie die Praxis/Klinik für einen Termin.

Norditropin® FlexPro®:     5mg     10mg     15mg

Dosierung:

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

---

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Voraussetzungen für die nordicare® Norditropin® FlexPro® Pen Instruktion erfüllt sind:

- Der Patientin/dem Patienten wurde Norditropin® FlexPro® verschrieben.
- Die/der Patient:in wurde über die nordicare® Pen Instruktion informiert.
- Die/der Patient:in hat der Teilnahme an der nordicare® Pen Instruktion 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 Zustimmung der Patientin/des Patienten zur Teilnahme an der nordicare® Pen Instruktion wurde mittels «Datenschutzhinweis und Zustimmung zum Patientenunterstützungsprogramm» (nachfolgend «Einverständniserklärung») dokumentiert und eine Kopie beigelegt.

Beilagen:

Ausgefüllte Einverständniserklärung

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

---

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel (behandelnde Ärzt:in)

### Kontakt:

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

## Datenschutzhinweis und Zustimmung zum Patientenunterstützungsprogramm

---

Liebe Patientin, lieber Patient

Das vorliegende Dokument regelt das Verhältnis zwischen Careformance GmbH<sup>1</sup> und den Patientinnen und Patienten, welche durch Careformance unterstützt und betreut werden. Das Dokument basiert auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen<sup>2</sup>.

Die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten ist uns wichtig. Careformance GmbH anerkennt und respektiert das Recht des Einzelnen auf Privatsphäre in Bezug auf seine persönlichen Daten. Dieses Formular für Datenschutzerklärung und Einwilligung («Formular») erklärt, welche Art von persönlichen Daten wir von Ihnen erfassen und wie wir sie verwenden, wenn Sie durch die Homecare-Services von Careformance betreut werden.

Die Homecare-Services («Programm») sind für Sie kostenlos. Sie werden von Careformance GmbH durchgeführt.

Bevor Sie sich für das Programm anmelden, sollten Sie dieses gesamte Formular lesen. Am Ende werden Sie gebeten, der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten durch Unterzeichnung dieses Formulars zuzustimmen.

### Leistungen von Careformance

Careformance GmbH bietet mit einem Team von diplomierten Pflegefachpersonen eine spezialisierte und individuelle Betreuung zur Verabreichung von Medikamenten für seltene Krankheiten.

### Welche persönlichen Daten werden gesammelt?

Wir sammeln nur diejenigen persönlichen Daten über Sie, die für die Durchführung des Programms wie oben beschrieben erforderlich sind.

Die Daten, welche der Arzt uns zustellt, umfassen Namen, Adresse, Kontaktangaben, Geburtsdatum, verschriebenes Medikament und Dosierung sowie gegebenenfalls medizinisches Verbrauchsmaterial. Zusätzlich werden die Kontaktdaten Ihres Arztes und von durch Sie genannte Kontaktpersonen erfasst. Während der Therapieunterstützung werden zudem Informationen über den Verlauf und verabreichte Medikamente erfasst. Zudem erfolgt eine Berichterstattung an den Arzt.

### Was passiert mit meinen persönlichen Daten?

Im Rahmen dieser Prozesse haben nur Personen Zugang zu Ihren Daten, welche mit der Umsetzung dieser Prozesse betraut sind. Diese Personen unterstehen alle einer Geheimhaltungspflicht.

### Wie werden Ihre persönlichen Daten geschützt?

Careformance wird Ihre persönlichen Daten in Übereinstimmung mit allen anwendbaren Datenschutzgesetzen schützen.

Ihre Daten werden durch geeignete technische und organisatorische Massnahmen vor dem Zugriff durch Unbefugte geschützt. Allfällige Fragen zum Verständnis dieses Textes sowie zu Bewirtschaftung und Aufbewahrung Ihrer Daten richten Sie bitte an:

Careformance GmbH

Verantwortlicher Datenschutz/Datensicherheit

Ziegeleistrasse 6

8360 Eschlikon

[m.elmer@careformance.care](mailto:m.elmer@careformance.care)

Tel 079 650 08 83

---

<sup>1</sup> Dienstleistungsunternehmung im Pflegebereich

<sup>2</sup> Datenschutz-Gesetz der Schweiz (DSG), die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO der Europäischen Union)

## Datenschutzhinweis und Zustimmung zum Patientenunterstützungsprogramm

---

### Wie lange werden meine persönlichen Daten aufbewahrt?

Ihre persönlichen Daten werden von Careformance 1 Jahr nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Programm aufbewahrt. Nach diesem Zeitraum werden diese sicher gelöscht.

### Ihre Rechte bezüglich Ihrer persönlichen Daten

Sie haben das Recht, Zugang zu Ihren persönlichen Daten zu verlangen, die Berichtigung von Fehlern in aufgezählten persönlichen Daten oder, falls persönliche Daten fehlen oder unvollständig sind, deren Ergänzung zu verlangen. Die Löschung Ihrer Daten ist durch einen schriftlichen Antrag an den Verantwortlichen jederzeit möglich.

### Kann ich aus dem Programm austreten?

Die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten für dieses Programm kann jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückgezogen werden. Der Rückzug der Einwilligung hat zur Folge, dass Ihre Teilnahme am Programm beendet wird.

Wenn Sie sich zurückziehen möchten, wenden Sie sich bitte an Ihre Therapiebegleiterin.

### Wie können Sie uns kontaktieren?

Sie erreichen Careformance über Ihre Therapiebegleiterin oder per Mail: [info@careformance.care](mailto:info@careformance.care).

### Einverständniserklärung<sup>3</sup>

Mit der Unterzeichnung dieser Einverständniserklärung bestätige ich, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und dass ich über Folgendes informiert wurde und damit einverstanden bin:

- Meine persönlichen Daten, einschliesslich der Gesundheitsinformationen, werden von Careformance verarbeitet.
- Meine persönlichen Daten werden in Übereinstimmung mit allen anwendbaren Datenschutzgesetzen geschützt.
- Ich verstehe, dass es meine Verantwortung ist, sicherzustellen, dass ich die Zustimmung anderer Personen habe, bevor ich ihre persönlichen Daten an Careformance weitergebe, z. B. die Kontaktdaten von Bezugspersonen.
- Meine Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.
- Ich bin einverstanden, dass Careformance GmbH meine Daten für die Zwecke der Medikation, Verlaufsrapportierung und Berichterstattung an den Arzt erfasst.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

---

<sup>3</sup> Rechtliche Grundlagen: Datenschutz-Gesetz der Schweiz (DSG), die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO der Europäischen Union)