

Daten Patient:in

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

Schulungsservice

Der Schulungsservice 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

Sogroya®: 5mg 10mg 15mg

Dosierung: mg

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

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

- Der Patientin/dem Patienten wurde das oben angegebene Produkt verschrieben.
- Die/der Patient:in wurde über den nordicare® Schulungsservice 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 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.



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