

# Modulo d'iscrizione per il servizio di assistenza nordicare®

Norditropin® FlexPro®, Sogroya®



## Dati paziente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ NPA/luogo \_\_\_\_\_  
Data di nascita     /     /                      Sesso                      M              F  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Servizio di assistenza

Il servizio di assistenza avrà luogo:

a casa del/della paziente: si prega di contattare il/la paziente per telefono per fissare un appuntamento.

nello studio medico o in clinica: si prega di contattare lo studio medico o la clinica per fissare un appuntamento.

Norditropin® FlexPro®:           5 mg           10 mg           15 mg

Sogroya®:                         5 mg           10 mg           15 mg

Dosaggio:                                      mg

Il medico curante desidera ricevere un breve resoconto sull'assistenza fornita.

---

Con la presente confermo che per la richiesta del servizio di assistenza nordicare® sono soddisfatti i seguenti requisiti:

- Al/alla paziente è stato prescritto il prodotto di cui sopra.
- Il/la paziente ha ricevuto informazioni in merito al servizio di assistenza nordicare®.
- Il/la paziente accetta di sottoporsi al servizio di assistenza nordicare® e alla trasmissione di dati personali necessari a Careformance GmbH e da Careformance GmbH al medico curante o allo studio medico/alla clinica.

Le istruzioni del medico curante sono vincolanti. Il servizio di assistenza nordicare® è un servizio fornito unicamente dal personale infermieristico di Careformance GmbH e non può essere trasferito a terzi.



Si prega di inviare per e-mail a:  
**[careformance@hin.ch](mailto:careformance@hin.ch)**

Data:

### Contatto:

Careformance GmbH  
Signora Arlette Elmer  
Direttrice/infermiera  
Ziegeleistrasse 6  
8360 Eschlikon TG  
Tel. 079 763 10 79

### Dati medico curante

Cognome, nome:

Indirizzo dello studio medico o della clinica: