

Anmeldeformular nordicare® Schulungsservice für Faktortherapie

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
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 Novo Nordisk Hämophilie 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 Zustimmung des Patienten zur Teilnahme an der nordicare® Pen Instruktion wurde mittels "Datenschutzhinweis und Zustimmung zum Patientenunterstützungsprogramm" (nachfolgend «Einverständniserklärung») dokumentiert und eine Kopie beigelegt.

Beilage:

Ausgefüllte Einverständniserklärung

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 vom Unterzeichner jederzeit ohne Angabe von Gründen durch schriftliche Mitteilung an die Careformance GmbH widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel (behandelnde Ärzt:in)

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 GmbH¹ und den Patientinnen und Patienten, welche durch Careformance unterstützt und betreut werden. Das Dokument basiert auf den aktuellen gesetzlichen Grundlagen².

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
Tel 079 650 08 83

¹ Dienstleistungsunternehmung im Pflegebereich

² 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 aufgezeichneten 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.

Einverständniserklärung³

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 _____

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