

Iscrizione per la dose singola iniziale da 1 mg/kg (giorno 1)

Dati paziente

| | | | |
|-----------------|--|-----------|---|
| Nome | <input type="text"/> | Cognome | <input type="text"/> |
| Via | <input type="text"/> | NPA/luogo | <input type="text"/> |
| Data di nascita | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Sesso | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Telefono | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |

nordicare®

La formazione per la somministrazione della dose singola iniziale con la penna Alhemo® (giorno 1) avrà luogo:

- a casa del paziente: si prega di contattare il 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.

Prodotto: penna Alhemo® 60 mg 150 mg

Dosaggio:

Giorno 1 – Dose singola iniziale da 1 mg/kg: mg

- Il medico curante conferma che la dose singola iniziale deve essere somministrata da Careformance GmbH nell'ambito del servizio di formazione.
- Il medico curante desidera ricevere un breve resoconto sull'assistenza fornita.

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

- Al paziente è stato prescritto Alhemo®.
- Il paziente ha ricevuto informazioni in merito al servizio nordicare®.
- Il paziente accetta di sottoporsi a nordicare® e alla trasmissione di dati personali necessari a Careformance GmbH e da Careformance GmbH al medico curante o allo studio medico/alla clinica.
- Il consenso del paziente a sottoporsi a nordicare® è comprovato dal documento «Informativa sulla protezione dei dati e consenso al programma di assistenza ai pazienti» (a seguire «Dichiarazione di consenso»). In allegato una copia del documento.

Allegati:

- Dichiarazione di consenso compilata

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

Avviso di revoca: la partecipazione al servizio nordicare® può essere revocata dal firmatario/dalla firmataria in qualsiasi momento senza doverne indicare i motivi tramite comunicazione scritta a Careformance GmbH.



Si prega di firmare e di inviare per e-mail a:
careformance@hin.ch

Contatto:

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

Luogo, data

Firma e timbro (medico curante)

Informativa sulla protezione dei dati e autorizzazione per il programma a supporto del paziente

Caro paziente,

il presente documento regola il rapporto tra Careformance GmbH¹ e i pazienti che ricevono supporto e cure tramite Careformance. Il documento si basa sui fondamenti legali attualmente in vigore².

La privacy dei pazienti ci sta a cuore. Careformance riconosce e rispetta il diritto alla privacy dell'individuo relativamente ai suoi dati personali. Questo modulo per l'informativa sulla protezione dei dati e il consenso («modulo») chiarisce che tipo di dati personali sono raccolti e come vengono utilizzati nel momento in cui il servizio a domicilio di Careformance si prende cura di lei.

Il servizio a domicilio (il «programma») è gratuito e viene eseguito da Careformance.

Prima di iscriversi al programma, deve leggere per intero il presente modulo. Al termine le sarà chiesto di firmare per acconsentire al trattamento dei suoi dati personali.

Servizi di Careformance

Grazie a un team di personale infermieristico diplomato, Careformance offre assistenza specializzata e personalizzata per la somministrazione di medicinali per le malattie rare.

Quali dati personali vengono raccolti?

Raccogliamo solo i suoi dati personali necessari allo svolgimento del programma, come descritto sopra.

I dati, che ci vengono forniti dal medico, includono nome, indirizzo, recapiti, data di nascita, medicinali prescritti e dosaggio, nonché eventuale materiale di consumo medico. Inoltre, vengono raccolti i recapiti del suo medico e di una persona di contatto da lei nominata. Nel corso del supporto alla terapia saranno inoltre raccolte informazioni sullo svolgimento e sui medicinali somministrati. Viene inoltre stesa una relazione per il medico.

Cosa accade ai miei dati personali?

Nell'ambito di queste procedure, hanno accesso ai suoi dati solo le persone incaricate dello svolgimento delle procedure. Queste persone sono tutte soggette all'obbligo di confidenzialità.

Come saranno protetti i suoi dati personali?

Careformance proteggerà i suoi dati personali nel rispetto di tutte le leggi applicabili sulla protezione dei dati.

I suoi dati saranno protetti dall'accesso da parte di persone non autorizzate tramite misure tecniche e organizzative. Per qualsiasi domanda sulla comprensione di questo testo e sul trattamento e la conservazione dei suoi dati, la preghiamo di contattare:

Careformance GmbH
Incaricato della protezione e della sicurezza dei dati
Ziegeleistrasse 6
8360 Eschlikon
m.elmer@careformance.care
Tel 079 650 08 83

¹Prestatori di servizi nel settore delle cure infermieristiche

²Legge svizzera sulla protezione dei dati (LPD), Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR dell'Unione europea)

Informativa sulla protezione dei dati e autorizzazione per il programma a supporto del paziente

Per quanto tempo saranno conservati i miei dati personali?

I suoi dati personali saranno conservati da Careformance per 1 anno dopo il termine della sua partecipazione al programma. Dopo questo periodo saranno cancellati in modo sicuro.

I suoi diritti relativamente ai suoi dati personali

Lei ha il diritto di richiedere l'accesso ai suoi dati personali, nonché la correzione di eventuali errori nei dati personali registrati o il completamento dei dati qualora siano presenti lacune o incompletezze. In qualsiasi momento può richiedere la cancellazione dei suoi dati tramite una richiesta scritta al responsabile.

Posso interrompere la partecipazione al programma?

Il consenso al trattamento dei suoi dati personali per questo programma può essere revocato in qualsiasi momento senza specificarne i motivi. La revoca del consenso determina la fine della sua partecipazione al programma.

Se desidera ritirarsi, la preghiamo di rivolgersi alla persona incaricata della sua terapia.

Come può contattarci?

Può contattare Careformance attraverso la persona incaricata della sua terapia o all'indirizzo e-mail: info@careformance.care.

Dichiarazione di consenso³

Firmando la presente dichiarazione di consenso, confermo di avere letto e compreso le informazioni di cui sopra, di essere stato informato di quanto segue e di acconsentirvi:

- I miei dati personali, incluse le mie informazioni sanitarie, saranno trattati da Careformance.
- I miei dati personali saranno protetti nel rispetto di tutte le leggi vigenti in materia di protezione dei dati.
- Comprendo che è mia responsabilità assicurarmi di avere il consenso di altre persone prima di inoltrare i loro dati personali a Careformance, per es. i recapiti delle persone di contatto.
- Posso revocare il mio consenso in qualsiasi momento, senza fornirne i motivi.
- Acconsento a che Careformance raccolga i miei dati per le finalità di somministrazione di farmaci, rendicontazione delle procedure e stesura del rapporto per il medico.

Cognome/Nome _____

Indirizzo _____

Data/Firma _____

³ Fondamenti giuridici: Legge svizzera sulla protezione dei dati (LPD), Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR dell'Unione europea)