

Optune[®] – Beställning

Skicka det ifyllda formuläret med rekommenderad post till NVCR Sweden Filial,
PO Box 809, 10136 Stockholm, eller SupportEMEA@novocure.com

*obligatoriska fält

Patientinformation

Patientens namn (efternamn, förnamn)*

Adress*

Stad/Postnummer*

Telefonnummer*

E-post

Kontaktperson/anhörig(a)*

Telefonnummer Kontaktperson/anhörig(a)*

Behandlande läkare (efternamn, förnamn)*

Telefonnummer*

E-post

Postadress*

Den behandlande läkarens underskrift

Som behandlande läkare intygar jag härmed att behandlingen med Optune för den här patienten överensstämmer med reglerna om ersättning som fastställts av min region. Jag känner till och förstår produktsäkerhetsinformationen och all övrig säkerhetsinformation om detta system. Jag är utbildad och certifierad att behandla med Optune. Jag har informerat patienten om hanteringen av patientinformation och dataskydd i samband med behandlingen.

Underskrift*

Datum (ÅÅÅÅ/MM/DD)*
