

Optune[®] Beställning

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

Patientinformation:

man



kvinn



Personnummer _____

Ev.
Löpnnummer _____

Namn _____

Adress _____

Postnummer _____

Ort _____

Telefon patient _____

E-post _____

Telefon Kontaktperson/anhörig _____

Kontaktperson/Anhörig _____

Patienten är informerad och godkänner hanteringen av patientinformation och dataskydd i samband med behandlingen (Patientdatalagen, GDPR)

Behandlingsstart:

Behandlingsstart önskas vecka: _____

Behandlingsstart i hemmet

Behandlingsstart på mottagning

Kontaktsköterska _____

E-post _____

Den behandlande läkarens underskrift:

Som behandlande läkare intygar jag härmed att behandlingen med Optune är medicinskt nödvändig. Jag bekräftar även att indikation för den här patientens behandling med Optune överensstämmer med reglerna om ersättning till leverantören som fastställts i Ramavtal för Sverige/Region. Jag tillser att MR-bilder inkommer till Novocure före start.

Jag känner till och förstår produktsäkerhetsinformationen och all övrig säkerhetsinformation om detta system.

Jag är utbildad och certifierad att behandla med Optune.

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Datum _____

E-post (för bekräftelse av patient ID, användarrapporter, etc.) _____