



Bestellformular

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen – Unklarheiten können zu Verzögerungen führen

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per Fax oder E-Mail an: (01) 272 45 55 65 oder orderhandling@pharmacom.at <small>Vertriebspartner in Österreich pharmacom Handels GmbH</small>	Auftragsnummer <i>bitte freilassen</i> AT
--	--

FOUNDATIONONE® CDx (für FFPE Gewebe) IHC PD-L1 (optional)

PATIENT SUPPORT PROGRAMM "PROGRESS & JETZT"

BEHANDELNDER ARZT/BEHANDELNDE ÄRZTIN

Titel	Name	Vorname	
E-Mail		Telefon	
Krankenhaus / Ordination		Straße	Nr.
Abteilung	Ort		PLZ

<p>Ich bestätige hiermit, dass der/die Patient/in informiert wurde und seine/ihre Zustimmung zur Verarbeitung seiner/ihrer persönlichen Daten für die Erbringung der Dienstleistung gegeben hat.</p> <p>_____</p> <p>Datum</p>	<p>Ich bestätige hiermit, dass der/die Patient/in seine/ihre Zustimmung zur Verarbeitung seiner/ihrer pseudonymisierten Daten zu Forschungs- und wissenschaftlichen Zwecken gegeben hat.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin</p>	<p>Ich stimme zu, dass auch nicht zugelassene Arzneimittel/Therapien im Report ausschließlich zu Informationszwecken angeführt sein können.</p>
--	---	---

PATIENT/IN

Anmeldenummer Krankenhaus interne Identifikationsnummer *Geburtsdatum des Patienten/der Patientin MM/TT/JJJJ

STATUS DER ERKRANKUNG *

<p>Besteht eine progressive Erkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Wir bitten um eine Bewertung der Kausalität. Falls ein Zusammenhang zum Roche Produkt besteht, wird die progressive Erkrankung als Nebenwirkung gemeldet und Roche Drug Safety wird mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt Kontakt aufnehmen.</p>
<p>Welches Roche Produkt erhielt der/die Patient/in?</p>	<p>Kausalität: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Chargennummer (falls verfügbar)?</p>	

ZUSTÄNDIGER PATHOLOGE/ ZUSTÄNDIGE PATHOLOGIN

Titel	Name	Vorname	
E-Mail		Telefon	PLZ
Krankenhaus / Ordination		Straße	Nr.
<p>Haben Sie unser FFPE-Versandkit vor Ort? <i>(Falls nein, senden wir der Pathologie eines zu)</i> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p>		<p>Soll die Pathologie ebenfalls den finalen Report erhalten? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p>	

KONTAKTPERSON FÜR TERMINVEREINBARUNG PROBENVERSAND *(falls abweichend zur Pathologie, sonst bitte "s.o." eintragen)*

E-Mail	Telefon
---------------	----------------

Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG Wien (BIC: BKAUATWW)
IBAN: AT701100009686062200, Creditor-ID: AT32ZZZ00000036608

pharmacom Handels GmbH, 1010 Wien, Makartgasse 3/21
FN: 201916k, Handelsgericht Wien | UID: ATU51040608
EORI: ATEOS1000016452 | DVR: 4006399
Geschäftsführer: DI Christian Eder

Wenden Sie sich bei Fragen bitte an Roche Customer Care AT:
Tel.: +43 1 277 39 202 E-Mail: austria.foundationmedicine@roche.com



**FOUNDATION
MEDICINE®**

