



# Bestellformular

FoundationOne®Liquid CDx (für Blut bei soliden Tumoren)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen – Unklarheiten können zu Verzögerungen führen

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

**FOUNDATIONONE® LIQUID CDx** (für Blut bei soliden Tumoren)

**PATIENT SUPPORT PROGRAMM "PROGRESS & JETZT"**

**BEHANDELNDER ARZT/BEHANDELNDE ÄRZTIN**

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

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.
  Ich bestätige hiermit, dass der/die Patient/in seine/ihre Zustimmung zur Verarbeitung seiner/ihrer pseudonymisierten Daten zu Forschungs- und wissenschaftlichen Zwecken gegeben hat.
  Ich stimme zu, dass auch nicht zugelassene Arzneimittel/Therapien im Report ausschließlich zu Informationszwecken angeführt sein können.

Ja /  Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin \_\_\_\_\_

**PATIENT/IN**

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

**STATUS DER ERKRANKUNG \***

<b>Besteht eine progressive Erkrankung?</b> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	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.
<b>Welches Roche Produkt erhielt der/die Patient/in?</b>	<b>Kausalität:</b> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
<b>Chargennummer (falls verfügbar)?</b>	

**PERSON/LABOR ZUSTÄNDIG FÜR VORBEREITUNG DER BLUTPROBE**

<b>Titel</b>	<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	
<b>E-Mail</b>		<b>Telefon</b>	<b>PLZ</b>
<b>Krankenhaus / Ordination</b>		<b>Straße</b>	<b>Nr.</b>
<b>Ist unser Blutproben-Versandkit vor Ort?</b> <small>(Falls nein, senden wir diesem Kontakt eines zu)</small> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		<b>Soll der hier angeführte Kontakt ebenfalls den finalen Report erhalten?</b> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	

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

<b>E-Mail</b>	<b>Telefon</b>
---------------	----------------

Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG Wien (BIC: BKAUATWW)  
 IBAN: AT701100009686062200, Creditor-ID: AT32ZZ00000036608

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

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

© 2021 Foundation Medicine, Inc. Foundation Medicine®, FoundationOne®CDx und FoundationOne®Liquid CDx sind eingetragene Warenzeichen. Roche ist der lizenzierte Anbieter von Foundation Medicine® Produkten außerhalb der Vereinigten Staaten von Amerika. M-AT-00001082

