

Optune Pax® – Verordnungsformular

*Pflichtfelder

.....
*Name des Patienten (Nachname, Vorname)

.....
*Geburtsdatum

INDIKATION Bitte ankreuzen, wenn zutreffend.

- ☐ Lokal fortgeschrittenes exokrines Pankreaskarzinom mit begleitender Gemcitabin/Nab-Paclitaxel Behandlung.¹
- ☐ Abweichendes:
.....

KONTRAINDIKATIONEN

- ☐ Es ist ein aktives, implantiertes Medizinprodukt vorhanden (z.B. Schrittmacher, Stimulatoren, Defibrillatoren).
- ☐ Es besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber leitfähigen Hydrogelen.¹

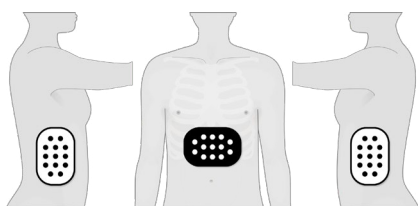
TUMORBOARD-EMPFEHLUNG

- ☐ Eine Tumorboard-Empfehlung für die Behandlung mit Optune Pax liegt vor (vorteilhaft).

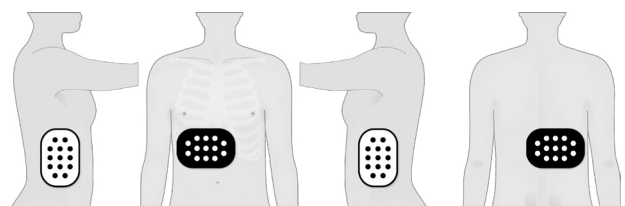
LAYOUT (ARRAY-POSITIONIERUNG)

Bitte wählen Sie unter Berücksichtigung der klinisch relevanten Tumorlast sowie möglicher Begleiterkrankungen, einschließlich Hautveränderungen, die am besten geeignete Array-Positionierung:

- ☐ Oberbauch (epigastrisch):



- ☐ Rechter Oberbauch (hypochondrisch):



- ☐ Andere Array-Positionierung

Bitte laden Sie unter www.optunepaxhcp.de/verordnungsformular weitere Optionen herunter und hängen Sie Ihre Auswahl an.

Schematische Darstellung auf Basis eines männlichen Körpers mit generischer Array-Größe. Das Layout kann auf alle Geschlechter angewendet werden.

Der verschreibende Arzt genehmigt den Therapiebeginn mit einer generischen Array-Größe. Bei entsprechendem Bauchumfang wird die generische Array-Größe durch größere Arrays ersetzt.

¹ Optune Pax ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit lokal fortgeschrittenem exokrinen Pankreaskarzinom zusammen mit Gemcitabin und Nab-Paclitaxel gemäß den Leitlinienempfehlungen indiziert. Vollständige Informationen zu den Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen des Geräts finden Sie in dem Benutzerhandbuch von Optune Pax unter manuals.novocure.eu oder optunepaxhcp.de. Optune Pax ist ein CE-zertifiziertes Medizinprodukt der Klasse IIb (CE-0197).

Dieser Text enthält für eine einfachere Lesbarkeit nur die männliche Form. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Menschen.

*Pflichtfelder

UNTERSCHRIFT DES BEHANDELNDEN ARZTES

Hiermit bestätige ich als behandelnder Arzt die medizinische Notwendigkeit der Verordnung von Optune Pax®. Die Anweisungen zur Anwendung sowie die Informationen zur Produktsicherheit sind mir bekannt. Ich wurde zu Optune Pax geschult.
Ich stimme dem unter Layout (Seite 1) beschriebenen Vorgehen zu. Mir ist bekannt, dass ich Änderungen des Array-Layouts (insbesondere hinsichtlich Position, Größe oder Patientenpräferenz) jederzeit schriftlich veranlassen kann.
Die Patienteninformationen (Seite 2–3) wurden mit dem Patienten besprochen.

.....
*Behandelnder Arzt (Nachname, Vorname)

.....
*Telefonnummer

.....
*E-Mail

.....
*Ort

.....
*Datum

.....
*Unterschrift, Stempel

ERGÄNZENDE PATIENTENANGABEN

.....
*Straße und Hausnummer

.....
*Postleitzahl

.....
*Ort

.....
*Telefon

.....
*E-Mail (falls vorhanden)

.....
*Krankenversicherung

.....
*Versicherungsnummer

.....
Beihilfe-/Personalnummer (falls zutreffend)

.....
*Kontaktperson/Angehöriger

.....
*Telefon Kontaktperson/Angehöriger

DATENSCHUTZINFORMATION

Die Novocure GmbH sowie die Unternehmen der Novocure-Gruppe („Novocure“) verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten, um Ihnen die Optune Pax Therapie („Therapie“) sowie damit verbundene Dienstleistungen bereitzustellen. Ohne diese Daten ist es uns nicht möglich, das Gerät zu liefern, Ihre Therapie zu unterstützen oder technischen Support bereitzustellen. Die Datenverarbeitung umfasst auch die Kontaktaufnahme per Post, Telefon oder E-Mail im Zusammenhang mit Ihrer Therapie sowie die Weitergabe von Informationen über Ihre Nutzung von Optune Pax an von Ihnen benannte Personen wie Ihren Arzt, Familienangehörige oder Pflegepersonen. Detaillierte Informationen über Art, Umfang und Zwecke der Verarbeitung, mögliche Übermittlungen in Drittländer sowie Ihre Rechte finden Sie in unserer Datenschutzhinweise für Optune Pax. Diese ist jederzeit online verfügbar und kann auf Anfrage auch in Papierform bereitgestellt werden:
<https://nvcr.co/de-pax-datenschutz>

DATENSCHUTZINFORMATION – KONTAKT

Bei Fragen oder Anliegen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie uns wie folgt kontaktieren:

Verantwortlicher:

Novocure GmbH, Elektrastraße 6, 81925 München, Deutschland

E-Mail: dataprotection@novocure.com

Datenschutzbeauftragter:

Dr. Christian Schäfer, ACTIVE ASSETS A2 GmbH, Gottlieb-Daimler-Str. 5, 78467 Konstanz, Deutschland

E-Mail: info@active-assets.com

EINWILLIGUNG IN DIE DATENVERARBEITUNG

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass Novocure meine Gesundheitsdaten in dem Umfang verarbeitet, der zur Durchführung der Therapie und der damit verbundenen Dienstleistungen erforderlich ist.

VOLLMACHT UND SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG

Hiermit bevollmächtige ich die Kostenerstattungsabteilung der Novocure GmbH, mich gegenüber meinem Kostenträger im Zusammenhang mit der Beantragung, Erlangung und Abwicklung der Kostenübernahme und Kostenerstattung der Optune Pax Therapie uneingeschränkt zu vertreten.

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Antragstellung, sämtliche damit zusammenhängenden Handlungen, Erklärungen und Zustellungen (u.a. Bescheide) sowie die Wahrnehmung meiner Mitwirkungspflichten im Kostenerstattungsverfahren.

Zugleich entbinde ich die an meiner Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Praxen, Einrichtungen und Krankenhäuser, den Medizinischen Dienst sowie meinen Kostenträger insoweit von ihrer Schweigepflicht, wie dies für das Kostenübernahme- und Kostenerstattungsverfahren erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die hierfür erforderlichen medizinischen Unterlagen, einschließlich der Gutachten und Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes, an die Novocure GmbH bzw. die bevollmächtigten Personen übermittelt werden. Die Übermittlung kann auch elektronisch (z. B. über Egeko) oder postalisch unter Einhaltung der geltenden Datenschutzvorschriften erfolgen.

Diese Vollmacht und Schweigepflichtentbindung gelten über meinen Tod hinaus, einschließlich der Fortführung und des Abschlusses laufender Kostenerstattungsverfahren.

- ☐ Ja, ich wünsche weitere Informationen zur praktischen Anwendung der Optune Pax Therapie und bitte um Kontaktaufnahme durch die Novocure GmbH.

.....
*Ort

.....
*Datum

.....
*Unterschrift Patient oder Bevollmächtigter

.....
Bevollmächtigter (Nachname, Vorname)