

## **OFEV® (nintedanib)**

### **Форма согласия участника программы поддержки пациентов OPEN DOORSTM**

Пожалуйста, заполните эту форму и отошлите ее по факсу на номер 1-844-880-OFEV (6338) или по почте на адрес: P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255 (а/я 5070, г. Луисвилл, штат Кентукки, 40255, США)

Для получения помощи или дополнительной информации позвоните по телефону 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366)

После того как Вы присоединитесь к программе поддержки пациентов, Вы сможете пользоваться следующими услугами.

- Телефонные консультации медицинских сестер 24 часа в сутки и 7 дней в неделю, чтобы помочь найти ответы на любые вопросы о препарате OFEV®, которые могли у Вас возникнуть
- Оказание Вам поддержки в поиске возможных ресурсов социальной поддержки в Вашем регионе
- Обучающий курс под руководством клинического инструктора Boehringer Ingelheim

Чтобы присоединиться к программе OPEN DOORSTM и получить доступ к вспомогательным ресурсам, которые мы предлагаем, просим Вас заполнить 3 приведенных ниже раздела.

#### **РАЗДЕЛ 1: ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ**

Полное имя (фамилия, имя, отчество): \_\_\_\_\_ Дата рождения (ММ/ДД/ГГ): \_\_\_\_\_ Пол:  М  Ж

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Укажите предпочтительный номер телефона  Домашний телефон: \_\_\_\_\_  Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

Мобильный телефон: \_\_\_\_\_  Можно оставлять сообщения Самое подходящее время суток для звонка: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ Дата, когда был поставлен диагноз (ММ/ДД/ГГ): \_\_\_\_\_

Ф. И. О. лица, осуществляющего уход (если применимо): \_\_\_\_\_

Номер телефона человека, осуществляющего уход за пациентом: \_\_\_\_\_

Название страховой компании, оплачивающей назначенный препарат: \_\_\_\_\_

#### **РАЗДЕЛ 2: ДАННЫЕ ВАШЕГО ВРАЧА И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АПТЕКИ**

##### **Врач, прописавший препарат**

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Специализация: \_\_\_\_\_

Название медицинской фирмы: \_\_\_\_\_ Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

##### **Основной врач-терапевт**

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_ Название медицинской фирмы: \_\_\_\_\_

Рабочий телефон: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

##### **Специализированная аптека**

Название специализированной аптеки: \_\_\_\_\_

Если Вы не уверены, какая специализированная аптека отпускает Вам препарат, этой информацией должен располагать врач, прописавший Вам препарат. Кроме того, Вы можете посмотреть список специализированных аптек-партнеров на сайте OFEV.com.

(Форма продолжается на обороте)

## OFEV® (nintedanib)

### Форма согласия участника программы поддержки пациентов OPEN DOORS™

#### РАЗДЕЛ 3: СОГЛАСИЕ [заполняется пациентом или представителем пациента]

Я разрешаю компании Boehringer Ingelheim, ее дочерним компаниям, поставщикам, агентам и представителям (в совокупности именуемым «Boehringer Ingelheim») получать, использовать и раскрывать мои медицинские данные с целью:

- I. включения меня в программу поддержки пациентов OPEN DOORS™;
- II. предоставления обслуживающим меня медицинским специалистам информации о моем взаимодействии с программой поддержки пациентов;
- III. предоставления мне (и (или) лицу, официально уполномоченному проставлять за меня подпись, или лицу(ам), осуществляющему(им) уход за мной и указанному(ым) мною выше) учебных материалов, напоминаний о лечении, связанных с уходом обучающихся звонков и информации, а также других вспомогательных услуг, связанных с препаратом OFEV®;
- IV. помощи при проведении анализов, связанных с капсулами OFEV и программой поддержки пациентов OPEN DOORS™;
- V. предоставления мне прочих информационных материалов или опросов о моем опыте лечения препаратом OFEV и участия в программе поддержки пациентов OPEN DOORS™; и
- VI. взаимодействия от моего имени с моей специализированной аптекой и медицинскими специалистами, которые меня обслуживают.

Мои медицинские данные состоят из всех сведений, которые я предоставляю в данной форме и раскрываю в письменной или устной форме компании Boehringer Ingelheim для оказания мне финансовой или образовательной поддержки, связанной с препаратом OFEV®. Я понимаю и согласен с тем, что компания Boehringer Ingelheim может связываться со мной по обычной почте, электронной почте, телефону, посредством текстовых сообщений (включая звонки и текстовые сообщения, исходящие от системы с автоматическим набором номера или записанным сообщением) и прочими методами, а также то, что компания Boehringer Ingelheim может связываться со мной в маркетинговых целях или иным образом предоставлять мне информацию о своей продукции, услугах и программах или другие сведения, которые могут представлять для меня интерес, и проводить маркетинговые исследования или иным образом собирать сведения о моем опыте и мнении касательно этих тем. Я понимаю и согласен с тем, что любые предоставленные мною сведения могут быть использованы компанией Boehringer Ingelheim в целях разработки новой продукции, услуг и программ.

Я понимаю, что если я откажусь подписать эту форму согласия или позднее отзову эту форму согласия и свое разрешение на использование и раскрытие моих медицинских данных компанией Boehringer Ingelheim («мое разрешение»), я не смогу участвовать в программе поддержки пациентов компании Boehringer Ingelheim и получать соответствующую помощь. Данная форма согласия и мое разрешение будут оставаться в силе до тех пор, пока я их не отзову. Я понимаю, что я могу отменить (отозвать) эту форму согласия и мое разрешение в любое время путем направления заявления по почте на адрес: **Р.О. Box 5070 Louisville, KY 40255 (а/я 5070, г. Луисвилл, штат Кентукки, 40255, США)**, или позвонив по номеру 1-866-673-6366. Я понимаю, что отзыв этой формы согласия и моего разрешения приведет к прекращению дальнейшего использования и раскрытия моих данных указанными выше сторонами, кроме случаев, когда такое использование и раскрытие выполнялось на основании этой формы согласия и этого разрешения, а также случаев, когда это допускается действующим законодательством.

ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ  
И ДАТУ ЗДЕСЬ

#### Подпись пациента

(или представителя пациента): \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту:  Пациент  Официальный опекун  Иное (указать): \_\_\_\_\_

Если Вы желаете записаться на обучающий курс под руководством клинического инструктора Boehringer Ingelheim, поставьте отметку здесь. Пожалуйста, обратите внимание на то, что выбирая эту опцию, Вы даете согласие на то, чтобы клинический инструктор связался с Вами по телефону.

Поставьте отметку здесь, если Вы уже встречались с клиническим инструктором.

**Спасибо за заполнение формы. Мы будем рады предоставить Вам полезную информацию и поддержку. Пожалуйста, отошлите эту форму по факсу на номер 1-844-880-OFEV (6338) или по почте на адрес: Р.О. Box 5070 Louisville, KY 40255**

**Дополнительные формы можно заказать, обратившись в OPEN DOORS™ по телефону 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366), или посетите [www.OFEV.com](http://www.OFEV.com).**