

**OFEV® (nintedanib)**  
**OPEN DOORS™ 患者支持计划选择参加表**

请填写本表并传真至**1-844-880-OFEV (6338)** 或邮寄至:  
**P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255**

如需帮助或其它信息, 请拨打 **1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366)**

您加入患者支持计划后, 将为您提供以下服务:

- 每周7天、每天24小时护士电话支持, 帮助解答您可能对OFEV®有的任何疑问
- 提供协助, 以帮助您找到您所在地区的潜在社会支持资源
- 由勃林格殷格翰公司临床讲师提供的教育讲座

请完成以下**3个**步骤, 以注册**OPEN DOORS™**并获得我们提供的支持服务。

**第1步: 个人信息**

姓名(名字、中间名、姓氏): \_\_\_\_\_ 出生日期(月/日/年): \_\_\_\_\_ 性别:  男  女  
地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_  
勾选首选电话  家庭电话: \_\_\_\_\_  工作电话: \_\_\_\_\_  
 手机: \_\_\_\_\_  可以留言 最佳联系时间: \_\_\_\_\_  
电子邮件: \_\_\_\_\_ 诊断日期(月/日/年): \_\_\_\_\_  
护理者姓名(如适用): \_\_\_\_\_ 护理者电话: \_\_\_\_\_  
处方药保险公司名称: \_\_\_\_\_

**第2步: 医生和专业药房信息**

**处方医生**

姓名: \_\_\_\_\_ 专业: \_\_\_\_\_  
诊所名称: \_\_\_\_\_ 办公室电话: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

**初级保健医生**

姓名: \_\_\_\_\_ 诊所名称: \_\_\_\_\_  
办公室电话: \_\_\_\_\_ 地址: \_\_\_\_\_  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

**专业药房**

专业药房名称: \_\_\_\_\_

如果您不确定您使用的是哪家专业药房, 您的处方医生应该能够告诉您。您也可以访问OFEV.com, 获取合作专业药房列表。

(表格在背面继续)

## OFEV® (nintedanib) OPEN DOORS™ 患者支持计划选择参加表

### 第3步: 同意 [由患者或患者代表填写]

我授权勃林格殷格翰公司、其附属公司、供应商、代理商和代表（以下统称“勃林格殷格翰公司”）接收、使用和披露我的健康信息，以便用于：

- I. 将我注册加入OPEN DOORS™患者支持计划；
- II. 向我的医疗保健提供者提供有关我与患者支持计划互动的信息；
- III. 为我（和/或我在上面指定的有合法授权代我签名之人或护理者）提供与OFEV®有关的教育材料、治疗提醒、护理教育通话和信息，以及其他支持服务；
- IV. 协助进行与OFEV胶囊和OPEN DOORS™患者支持计划有关的分析；
- V. 为我提供与我接受OFEV治疗及参加OPEN DOORS™患者支持计划的体验有关的其他信息材料或调查；以及
- VI. 以我的名义联系我的专业药房及医疗保健提供者

我的健康信息包括我在此表格上提供以及以书面或口头向勃林格殷格翰公司披露，以协助与OFEV®有关的财务或教育支持的任何信息。我理解并同意勃林格殷格翰公司可以通过邮件、电子邮件、电话、短信（包括通过自动电话拨号系统或预先录制的语音给我打电话和发短信）和其它方式与我联系，而且勃林格殷格翰公司还可以出于营销目的或为了给我提供有关勃林格殷格翰公司产品、服务和计划或其它感兴趣话题的信息，进行市场调研或询问我对此类话题的体验和想法而与我联系。我理解并同意我提供的任何信息都可由勃林格殷格翰公司用于帮助开发新产品、服务和计划。

我理解，如果我拒绝签署本选择参加表或之后撤销本选择参加表及允许勃林格殷格翰公司使用和披露我的健康信息的授权（“我的授权”），我将无法参加勃林格殷格翰公司患者支持计划或接受患者支持计划提供的援助。本选择参加表和我的授权在我将其撤消之前将持续有效。我知道我可以随时向**P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255** 寄出请求或致电1-866-673-6366来取消（撤消）本选择参加表和我的授权。我理解撤消本选择参加表和我的授权后，上述各方将停止继续使用和披露我的信息，根据本选择参加表和本授权及相关法律允许范围内使用和披露的信息除外。

在此处签名  
并注明日期

患者签名

（或患者代表签名）：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

与患者的关系： 患者本人  法定监护人  其它（请注明）：\_\_\_\_\_

如果您想预约参加勃林格殷格翰临床讲师提供的教育讲座，请勾选此处。 请注意，通过选择此选项，您授权允许临床讲师通过电话与您联系。

如果您已经与临床讲师见过面，请勾选此处。

感谢您填写本表格。我们期待着通过提供有用的信息和协助为您提供支持。

请传真至**1-844-880-OFEV (6338)** 或邮寄至：

**P.O. Box 5070 Louisville, KY 40255**

欲获取更多表格，可以致电**OPEN DOORS™: 1-866-OPENDOOR (1-866-673-6366)**

或访问**www.OFEV.com**。