

WIE KANN ICH MICH ANMELDEN?

Die Anmeldung für IPF Care erfolgt ganz einfach. Bitte schicken Sie den beiliegenden Anmeldebogen für Patienten und Angehörige vollständig ausgefüllt und unterschrieben per Post an uns zurück. Hierfür können Sie gerne den Rücksendeumschlag verwenden. Das Porto übernehmen wir für Sie! Sobald Ihre Anmeldung eingegangen ist, meldet sich Ihr persönlicher Ansprechpartner telefonisch bei Ihnen, um mit Ihnen Ihren individuellen Unterstützungsbedarf zu besprechen.

Wünschen Sie sich, dass Ihr behandelnder Arzt regelmäßig über den Fortgang der Betreuung informiert werden soll? Dann füllen Sie bitte zusätzlich zum Anmeldeformular Patient auch die Einwilligungserklärung zum Arztkontakt aus und unterschreiben Sie diese gemeinsam mit Ihrem Arzt.

Bei Fragen zur Anmeldung erreichen Sie uns telefonisch von Montag bis Freitag zwischen 10 und 18 Uhr unter **0800 / 100 56 56**.

HABEN SIE NOCH FRAGEN ZU IPF CARE?



Ihr IPF CARE Beratungsteam erreichen Sie von Montag bis Freitag zwischen 10 und 18 Uhr:

0800 / 100 56 56



fightipf.de
KÄMPFEN. ATMEN.
LEBEN.

Auf der Onlineplattform www.fightipf.de finden Patienten und Angehörige viele Informationen und praktische Hilfestellungen rund um die Erkrankung und Therapie. Darüber hinaus schildern Patienten im Rahmen von Blogbeiträgen ihren Alltag mit IPF.

Roche Pharma AG
Patient Partnership Respiratory Diseases
79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland

© 2020

IPF CARE wird im Auftrag der Roche Pharma AG durch das IPF CARE Service-Team durchgeführt. Die mit der Durchführung des Patientenprogramms beauftragte Agentur ist unter www.fight-ipf.de/ipf-care einsehbar.

Roche



IPF CARE

THERAPIEBEGLEITPROGRAMM



Der kostenfreie Service zur individuellen Unterstützung von Patienten mit idiopathischer Lungenfibrose und ihren Angehörigen.

LIEBER PATIENT,

die idiopathische Lungenfibrose (IPF) ist eine ernste und fortschreitende Erkrankung der Lunge.

Der Krankheitsverlauf einer Lungenfibrose ist nur schwer vorhersehbar und verläuft bei jedem Betroffenen unterschiedlich. Eine individuelle Betreuung ist daher besonders wichtig. Das kostenlose IPF CARE Therapiebegleitprogramm bietet Ihnen genau diese individuelle Unterstützung für Fragen zur Erkrankung und Therapie. Es beinhaltet die telefonische Betreuung durch speziell zur IPF geschultes Fachpersonal, das gerne Ihre Fragen rund um Ihre Therapie und den Alltag mit der Erkrankung beantwortet. Auch Ihre Angehörigen können die Unterstützung von IPF CARE bei Fragen und Sorgen in Anspruch nehmen.

Wir helfen Ihnen gerne weiter!
Ihr IPF CARE Team

INDIVIDUELLE TELEFONISCHE BERATUNG

Unser kompetentes und speziell zur IPF geschultes Fachpersonal berät Sie gerne zu folgenden Themen:



Fragen rund um die Therapie
und Tipps für den Alltag



Leistungen von Behörden und Hilfe
beim Umgang mit Krankenkassen



Selbsthilfegruppen
in der Nähe



Bewegung, Atemtherapie,
Entspannungstechniken



Impfungen



Regelmäßige Erinnerung
an Arzttermine



Ernährung



Reisen



GUT UNTERSTÜTZT MIT IPF CARE

Die Teilnehmer des Therapiebegleitprogramms schätzen das offene Ohr und die fachkundige Beratung ihrer persönlichen Ansprechpartner. Für sie sind die wichtigsten Mehrwerte des Programms:

„... zu wissen, dass jemand da ist, der zuhört und gute Tipps gibt.“

„... das uneingeschränkte Zuhören und die Anteilnahme und das gleichzeitige Aufbauen von neuer Zuversicht.“

„... bei Fragen kompetente Antworten zu erhalten.“



Janina,
Teil des IPF CARE-Teams

ANMELDEFORMULAR UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG PATIENT

Zur Aufnahme in das IPF CARE Therapiebegleitprogramm senden Sie bitte dieses **ausgefüllte** und **unterschiedene** Formular per Fax an **0800 / 10 10 820**, per E-Mail an **service@ipf-care.de** oder per Post an **IPF CARE Service-Team | IPF CARE THERAPIEBEGLEITPROGRAMM | Lise-Meitner-Str. 35 | 10589 Berlin**. Bei Fragen stehen wir Ihnen von Montag bis Freitag zwischen 10 und 18 Uhr gerne auch telefonisch zur Verfügung: **0800 / 100 56 56**.

PERSÖNLICHE DATEN

Herr Frau

Vorname Nachname

Mobiltelefon E-Mail (optional)

Straße PLZ / Ort

Geb.-Datum Telefon

Ich bin selbst von Idiopathischer Lungenfibrose betroffen

Erstdiagnose IPF

Behandlungsbeginn

mit Pirfenidon

mit einem anderen Medikament

Ein Angehöriger ist von Idiopathischer Lungenfibrose betroffen

Bitte unterschreiben Sie auf Seite 2 >>

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine o. g. personenbezogenen Daten (insbesondere auch medizinische Daten zu meiner Behandlung, z. B. Medikation und Behandlungsverlauf) von dem IPF CARE Service-Team zum Zweck der Durchführung des IPF CARE Therapiebegleitprogramms verarbeitet werden. Die dabei erfolgende Datenerhebung, -auswertung und -aggregation erfolgt durch das IPF CARE Service-Team, mit dem Therapiebegleitprogramm beauftragten Agentur dialog4health, im Auftrag der Roche Pharma AG.

- Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung ist, ebenso wie Ihre Teilnahme an dem Therapiebegleitprogramm selbst, freiwillig. Sie kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch eine E-Mail an service@ipf-care.de oder per Post an das IPF CARE Service-Team (Lise-Meitner-Str. 35, 10589 Berlin) widerrufen werden. Eine weitere Teilnahme an dem Therapiebegleitprogramm ist dann jedoch nicht mehr möglich.
- Bei Fragen zu Ihren Daten können Sie sich jederzeit an den Datenschutzbeauftragten der Roche Pharma AG (E-Mail: grenzach.datenschutz.gd1@roche.com) wenden.
- Eine Datenweitergabe an die Roche Pharma AG findet grundsätzlich nur in anonymisierter und aggregierter Form statt. Im Falle von berichteten Nebenwirkungen oder Nebenwirkungs-Verdachtsfällen, muss aus gesetzlichen Gründen allerdings eine Weitergabe der o. g. Daten an die Abteilung Arzneimittelsicherheit der Roche Pharma AG sowie an Gesundheitsbehörden erfolgen. In diesen Fällen werden ihre Daten mit größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit und in Übereinstimmung mit der spezifischen Gesetzgebung zur Pharmakovigilanz (Arzneimittelsicherheit) verarbeitet.
- Näheres zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie den [Datenschutzhinweisen](#) entnehmen. Diese sind unter: <https://www.fightipf.de/datenschutz.html> abrufbar.

Unterschrift

Datum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM ARZTKONTAKT (OPTIONAL AUSFÜLLBAR)

Für die regelmäßige Information Ihres Arztes über Ihre Betreuung im IPF CARE Therapiebegleitprogramm senden Sie bitte zusätzlich dieses **ausgefüllte** und **unterschiedene** Formular per Fax an **0800 / 10 10 820**, per E-Mail an **service@ipf-care.de** oder per Post an **IPF CARE Service-Team | IPF CARE THERAPIEBEGLEITPROGRAMM | Lise-Meitner-Str. 35 | 10589 Berlin**. Bei Fragen stehen wir Ihnen von Montag bis Freitag zwischen 10 und 18 Uhr gerne auch telefonisch zur Verfügung: **0800 / 100 56 56**.

PATIENTENDATEN

Herr Frau

Vorname

Nachname

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DES PATIENTEN

- Ich stimme zu, dass das IPF CARE Service-Team (IPF CARE-Krankenschwestern), meinen behandelnden Arzt regelmäßig über den Fortgang der Betreuung (z. B. Ko-Medikation, Nebenwirkungen) informieren. In diesem Umfang entbinde ich das IPF CARE Service-Team von seiner Schweigepflicht.
- Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne nachteilige Folgen für mich durch Mitteilung gegenüber dem IPF CARE Service-Team widerrufen kann.

Unterschrift

Datum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES

Vollständiger Name des Arztes

Klinik-/Praxisadresse

E-Mail (optional)

- Hiermit bestätige ich, dass bei dem/der genannten Patienten/Patientin eine idiopathische Lungenfibrose diagnostiziert wurde. Ich befürworte die Teilnahme des/der Patienten/Patientin am IPF CARE Therapiebegleitprogramm.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass ich vom IPF CARE Service-Team im Rahmen des IPF CARE Therapiebegleitprogramms schriftlich kontaktiert werden darf, damit ich über den Fortgang der Betreuung des/der Patienten/Patientin informiert werden kann.
- Ich bin einverstanden, dass meine oben aufgeführten personenbezogenen Daten vom IPF CARE Service-Team für die Zwecke der Durchführung des IPF CARE Therapiebegleitprogramms verarbeitet und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne nachteilige Folgen für den Patienten oder mich durch Mitteilung gegenüber dem IPF CARE Service-Team widerrufen kann.

Bei Fragen zu Ihren Daten können Sie sich jederzeit an den Datenschutzbeauftragten der Roche Pharma AG (E-Mail: grenzach.datenschutz.gd1@roche.com) wenden.

Unterschrift

Datum

