

# Anmeldeformular TOGETHER-Programm

Die **Datenschutzerklärung** und den **Einwilligungstext** finden Sie gut lesbar auf der Rückseite. Für die Teilnahme an TOGETHER sind persönliche Daten notwendig; diese sind gesetzlich geschützt und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Für welche Erkrankung wird ENBREL® angewendet?

Startdatum 1. Injektion:

Rheumatoide Arthritis  Morbus Bechterew  Psoriasis-Arthritis  Juvenile Idiopathische Arthritis (JIA)  Plaque-Psoriasis  Juvenile Plaque-Psoriasis

**Ja, ich möchte mich (bzw. mein Kind) für die kostenfreie Teilnahme am TOGETHER-Programm anmelden.**

Name Patient/in: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Für den ersten Anruf am besten erreichbar: Tag =  Mo  Di  Mi  Do  Fr Zeit =  ganztägig  vormittags  nachmittags

Name und Adresse des behandelnden Arztes:

Rheumatologe  Dermatologe  Kinderrheumatologe

Welche Form von ENBREL® wird angewendet?

MYCLIC® Fertigpen  Fertigspritze 25 mg  Fertigspritze 50 mg  Durchstechfl. u. Spritze 25 mg  Kinderdarreichung 10 mg

**WICHTIG:** Wenn Sie bereits über eine Packung ENBREL® verfügen: Wie lautet die **Chargennummer** auf der Packung?

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten):

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax an 0800 881 2221 oder per Post an:  
TOGETHER-Programm, Groner Landstraße 3, 37073 Göttingen.

**Das TOGETHER-Programm ist kein Ersatz, sondern eine Ergänzung der Betreuung durch Ihren Arzt. Gehen Sie auch weiterhin wie gewohnt zu Ihrem Arzt.**

Bei Fragen können Sie sich wochentags von 9 – 18 Uhr an unsere kostenfreie Service-Hotline unter 0800 881 4444 wenden. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.together-programm.de](http://www.together-programm.de).



# Datenschutz

Hiermit melde ich mich freiwillig zur Teilnahme am kostenfreien Programm für Enbrel-Patienten „TOGETHER“ an. Dieses beinhaltet ein Injektionstraining durch medizinische Fachkräfte und regelmäßige Betreuung durch medizinisch geschulte Ansprechpartner (Telefon Service).

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich die Vitartis Medizin-Service GmbH (im Folgenden „Vitartis“ genannt) oder ein anderes von Pfizer Pharma GmbH beauftragtes Unternehmen im Rahmen der Betreuung durch „TOGETHER“ im Rahmen von Hausbesuchen und regelmäßig per Telefon, E-Mail, Post oder Videokonferenz kontaktiert.

Bei den von mir angegebenen Daten handelt es sich um besondere personenbezogene Daten, deren Nutzung und Verarbeitung nur mit meiner ausdrücklichen Einwilligung möglich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Vitartis oder ein anderes von Pfizer beauftragte Unternehmen im Auftrag der Pfizer Pharma GmbH (im Folgenden „Pfizer“ genannt) meine personenbezogenen Daten – einschließlich meiner Gesundheitsdaten im Rahmen des Patientenbetreuungsprogramms ausschließlich für interne Zwecke erhebt, verarbeitet und nutzt, um mich ggf. per Post, Anruf oder E-Mail kontaktieren zu können. Für andere als die oben genannten Zwecke wird Vitartis meine personenbezogenen Daten nicht verwenden.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert, statistisch ausgewertet und (z. B. im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation) genutzt werden. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass mein Arzt meine Teilnahme am Programm und den Nutzen des Patientenprogramms in Basis- und Verlaufsbogen dokumentiert und an Vitartis oder ein anderes von Pfizer beauftragtes Unternehmen im Rahmen des Betreuungsprogramms zur statistischen Auswertung weitergibt.

Meine personenbezogenen Daten dürfen nicht ohne meine Zustimmung an andere Dritte weitergegeben werden. Davon ausgenommen ist die Weitergabe an Unternehmen, die von Pfizer im Rahmen der oben genannten Nutzung beauftragt wurden und in gleicher Weise an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gebunden sind wie Pfizer und Vitartis.

Ich stimme zu, dass sich mein behandelnder Arzt über die Kontakttermine und Gesprächsthemen (nicht Gesprächsinhalte) informieren kann und auch von Vitartis, zum Zwecke der Information bezüglich des Ablaufs der Anwendung/ Anwendungsschulung, kontaktiert werden darf.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Außerdem kann ich jederzeit gegenüber Vitartis meine Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung meiner personenbezogenen Daten geltend machen.

Meine Rechte kann ich schriftlich oder per Fax jederzeit an Vitartis richten.

Falls ein Austritt aus dem TOGETHER Programm gewünscht wird, können Sie Ihren Widerruf jederzeit unter den aufgeführten Kontaktdaten an Vitartis richten:

Together-Programm  
Groner Landstraße 3  
37073 Göttingen

Fax: 0800 881 2221

E-mail: [info@together-serviceteam.de](mailto:info@together-serviceteam.de)