

PatientCare Promise

Kravskjema*

Din trygghet, vår prioritet

For å vurdere om du har krav på Mentors PatientCare Promise for MENTOR og PERTHESE Brystimplantater med silikon gel må Mentor Medical Systems C.V. innhente følgende opplysninger via vår lokale virksomhet eller fra din kirurg.

Ved et eventuelt krav ber vi deg fylle ut dette skjemaet og returnere det til din kirurg, som deretter sender det til den lokale Mentor-representanten.

Navn: _____

Adresse: _____

Tidspunkt for kirurgisk inngrep: _____

Sted hvor inngrepet ble utført: _____

Implantatets betegnelse, type og størrelse: _____

LOT nummer: _____

Serienummer: _____

Be kirurgen om hjelp hvis du er usikker på noe av ovennevnte.

VERN AV DINE OPPLYSNINGER

Mentor vil kun bruke denne informasjonen til å kommunisere med deg angående dine brystimplantat og for å kunne vurdere om du har krav på garantien om pasientbehandling. Mentor utleverer ikke opplysningene dine til andre parter enn helsepersonell og lokal Mentor-kontaktperson, med mindre juridiske eller lovmessige hensyn krever det. Mentor sørger for å innhente de nødvendige taushetserklæringer fra disse parter, herunder databehandleravtaler o.l. slik at informasjonen er sikret. Mentor oppbevarer opplysningene så lenge du bruker de silikongelfynte brystimplantatene, eller dersom loven krever eller tillater en lengre oppbevaringsperiode.

Vi ber deg bekrefte at informasjonen over er riktig, og at du samtykker til innhenting og bruk av dine personlige opplysninger som beskrevet over, ved å krysse av i boksen nedenfor og undertegne. Har du spørsmål eller ønsker tilgang til eller korrigering eller sletting av personlige opplysninger, kontakt oss direkte på: Mentor Medical Systems C.V., Zernikedreef 2, 2333 CL, Leiden, Nederland. Telefon +31-71-7513600.

Jeg samtykker i at mine personopplysninger, herunder helseopplysninger, kan innhentes og behandles av MENTOR. Formålet er at MENTOR skal kunne yte 10 års produktstatning for brystimplantatene mine. I det henseende og for å kunne avdekke feil er det nødvendig at jeg/kirurgen også gir informasjon om implantatet og operasjonstidspunktet. Jeg bekrefter også at mitt samtykke og opplysningene er gitt frivillig og uopfordret, og at jeg er kjent med vilkårene for erstatningen.

Dato: _____

Signatur: _____

* Dette skjemaet skal kun fylles ut ved eventuelle krav.