



150 Years
Science For A Better Life

JEGYZŐKÖNYV

Canesten bőrgomba elleni termékek pénz visszafizetési garancia Igénylő által kitöltendő spontán mellékhatás jelentés

Ezt a keretes részt a Bayer Hungária Kft. tölti ki!	A jelentés érkezésének dátuma:	
Elsődleges jelentés <input type="checkbox"/>		Utánkövetés <input type="checkbox"/>

A nem várt eseményt észlelő beteg adatai:

Név			
Nem	Nő <input type="checkbox"/>	Férfi <input type="checkbox"/>	
Életkor			
Postai cím			
Telefonszám			
E-mail cím			
Bankszámlaszám			

Melyik Canesten bőrgomba elleni készítménnyel kapcsolatban jelent mellékhatást illetve hatástalanságot:

- ☐ Canesten krém
☐ Canesten oldat
☐ Canesten Plus krém
☐ Canesten Plus spray

ELŐZMÉNY

Milyen tüneteket észlelt, mielőtt megkezdte a Canesten bőrgomba elleni készítmény (Canesten krém, Canesten oldat, Canesten Plus krém, vagy Canesten Plus spray) használatát?

--

A fent említett tünetek jelentkeztek már korábban is?

- ☐ Nem jelentkeztek korábban, ez volt az első alkalom
- ☐ Már korábban is jelentkeztek a tünetek, de nem kezeltem
- ☐ Már korábban is jelentkeztek a tünetek és kezeltem

Az elmúlt egy év során hány alkalommal jelentkeztek a fent említett tünetek?

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 vagy több alkalommal

Amennyiben már korábban is jelentkeztek a tünetek, járt orvosnál?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Korábban nem jelentkeztek a tünetek

Amennyiben már korábban is kezelt hasonló tüneteket, mivel kezelte?

- ☐ Patikában kapható vény nélküli készítménnyel
- ☐ Orvos által felírt készítménnyel
- ☐ Gyógynövény alapú készítménnyel
- ☐ Háziilag előállított készítménnyel
- ☐ Korábban nem kezelt hasonló tüneteket

Amennyiben már korábban is kezelt hasonló tüneteket, a kezelés eredményes volt, megszüntette a tüneteket?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Korábban nem kezelt hasonló tüneteket

Milyen egyéb fennálló betegsége van?

- ☐ Cukorbetegség
- ☐ Magas vérnyomás
- ☐ Nincs egyéb fennálló betegsége
- ☐ Egyéb, és pedig:

CANESTEN BŐRGOMBA ELLENI KÉSZÍTMÉNNYEL TÖRTÉNŐ KEZELÉS

A Canesten bőrgomba elleni készítménnyel történt kezelés során milyen nem várt eseményt észlelt?

Kérem írja le időrendben, hogy a kezelés kezdete óta milyen nem várt eseményeket, tüneteket észlelt?

Dátum:

Dátum:

Dátum:

Dátum:

Került kórházba ezzel a problémával a kezelés alatt?

- ☐ Igen
- ☐ Nem

Az Ön megítélése szerint súlyos problémáról van szó?

☐ Igen

☐ Nem

Amennyiben kórházba került ezzel a problémával a kezelés alatt, összefüggésben van ez a Canesten bőrgomba elleni készítménnyel történt kezeléssel?

☐ Biztosan

☐ Valószínűleg

☐ Lehetséges

☐ Nem

Hány napig használta a Canesten bőrgomba elleni készítményt?

Napok száma:

Naponta hány alkalommal használta a Canesten bőrgomba elleni készítményt?

☐ 0 alkalommal

☐ 1 alkalommal

☐ 2 alkalommal

☐ 3 alkalommal

☐ Több mint 3 alkalommal

Kérem, írja le részletesen mi történt a Canesten bőrgomba elleni készítménnyel történt kezelés kezdetétől a kezelés végéig.

Fordult orvoshoz a Canesten bőrgomba elleni készítménnyel történt kezelés során ezzel a problémával?

☐ Igen

☐ Nem

Amennyiben fordult orvoshoz a Canesten bőrgomba elleni készítménnyel történt kezelés során, az orvos megerősítette, hogy Önnek gombás fertőzése van?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem fordult orvoshoz

Adatvédelmi Tájékoztató:

A jegyzőkönyvben foglalt egészségügyi adatok kezelése kizárólag a Canesten bőrgomba elleni termékek pénz visszafizetési garancia érvényesítéséhez szükséges jogosultság megállapítása céljából történik, a hatályos adatvédelmi rendelkezéseknek – így különösen az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény („Infoszab.tv.”) valamint az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény – megfelelően, a garancia érvényesítéséhez szükséges időtartamig. Személyes és különleges adatait a garancia érvényesítését követően töröljük.

Tájékoztatjuk, hogy a fenti adatainak kezelése az Ön hozzájárulásán alapul.

Önnek lehetősége van az adatkezelő Bayer Hungária Kft. részére megküldött levélben (H-1123 Budapest, Alkotás u. 50.), e-mailben (adatvedelem@bayerhealthcare.com), illetve telefonon (a 487-4100 telefonszámon) tájékoztatást kérni személyes adatai kezeléséről, személyes adatainak helyesbítését kérni, az adatkezeléshez való hozzájárulását visszavonni, hozzájárulását egyes adatokra, illetve adatkezelési műveletekre korlátozni, valamint személyes adatainak törlését vagy zárolását kérni, illetve az Infoszab. tv-ben biztosított jogaival, jogorvoslati lehetőségeivel élni.

Az Ön adataihoz – így a jelen bejegyző nyilatkozatban, illetve az adatlapokon szereplő adataihoz is – a kezelőorvosán és a Bayer Hungária Kft. adatfeldolgozáshoz szükséges munkatársain kívül más nem férhet hozzá.

Nyilatkozat:

A jelen dokumentum aláírásával hozzájárulok, hogy az itt feltüntetett személyes és egészségügyi adataimat a Bayer Hungária Kft. a fenti tájékoztatóban jelzett célra felhasználja. Tudomásul veszem, hogy személyes és egészségügyi adataimat egyébként - a jogszabály által meghatározott kötelező adatkezelések kivételével - semmilyen más célra nem használhatják fel, illetve nem továbbíthatják harmadik fél részére külön hozzájárulásom nélkül.

aláírás

**Kérjük, hogy a kitöltött jegyzőkönyvet irodánk részére visszajuttatni szíveskedjék:
Bayer Hungária Kft. H-1123 Budapest, Alkotás u. 50.**