

[붙임 2]

[의료진 작성 필요]

락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램 대상 확인서

※ 본 약제비 환급·지원은 아래 지원요건을 충족하시는 환자분들에 한해 가능합니다.
의료진께서는 대상 환자가 해당 요건을 충족하는지 확인해주시기 바랍니다.

지원요건	레베르시신경병증으로 진단받은 청소년 및 성인 환자	
대상환자	성명	
	생년월일	

귀하가 환자를 추천해 주시는 경우, 귀하의 성명, 소속 병원 및 부서(진료과)가 귀하의 추천 사실과 함께 약제비 지원 대상자 선정 및 관리 등 프로그램 운영을 위하여 프로그램 종료 후 10년 동안 보유 및 이용됩니다. 광동제약 주식회사(이하 "회사")는 상기 보유 및 이용 기간 동안 본 프로그램 운영 지원, 약제비 지원, 관련 업무 연락 및 증빙을 위하여 귀하의 개인정보를 보유 및 이용합니다.

본 프로그램과 관련하여 환자에게 이상사례가 발생한 경우, 동의한 환자에 한하여 귀하에게 연락을 하여 환자의 건강상태와 치료에 대하여 논의하고자 합니다. 귀하는 위와 같은 개인정보의 수집 및 이용에 동의하지 않을 수 있으나, 이 경우 추천해 주시는 환자의 프로그램 참여가 어려울 수 있습니다. 또, 연락 수신에 동의하지 않으시는 경우, 환자의 이상사례에 대한 관리가 어려울 수 있습니다.

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의

전문 의료인 본인은 상기에 기술된 프로그램 제공 서비스의 내용과 프로그램 진행/등록과 관련된 정보 및 절차에 대한 내용에 관하여 주의 깊게 읽고 충분히 설명을 듣고 이해하였으며 이에, 프로그램 참여에 동의합니다.

[필수]	상기 환자는 락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램의 지원요건을 충족함을 확인합니다.	<input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.
[필수]	본 추천서에 포함된 귀하의 개인정보 일체 수집 및 이용에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.
[선택]	환자 이상사례 추적조사 목적으로 연락을 수신하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.
	항목 동의한 경우, 이메일 주소 또는 전화번호 :	

서명일	년 월 일		
병원		진료과	
담당 의사 성명		서명 또는 인	