

Formularz zlecenia medycznego

NALEŻY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA

1) Dane osobowe i stan pacjenta

- a) Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami) _____
- b) Data urodzenia (DD/MM/RRRR) ____ / ____ / ____ Numer księgi: _____
- c) Płeć ☐ M ☐ K
- d) Szacowana data rozpoczęcia (DD/MM/RRRR) ____ / ____ / ____
- e) Szacowany czas trwania zapotrzebowania: ☐ 1 miesiąc ☐ 2 miesiące ☐ 3 miesiące ☐ 4 miesiące ☐ Inny ____ miesięcy
- f) Wskazanie do stosowania kamizelki LifeVest® (zaznaczyć jedno):

ETIOLOGIA NIEDOKRWIENNA

- ☐ Świeżo przeżyty zawał (<40 dni) z EF ≤35% bez rewaskularyzacji (MI)
- ☐ Niedawno przeżyty zabieg PCI (<90 dni) z EF ≤35%
- ☐ Niedawno przeżyty zabieg CABG (<90 dni) z EF ≤35%
- ☐ Nowo rozpoznana niewydolność serca (HF) o podłożu niedokrwinnym z EF ≤35%

Frakcja wyrzutowa (EF)
_____ %

ETIOLOGIA INNA NIŻ NIEDOKRWIENNA

- ☐ Nowo rozpoznana niewydolność serca o podłożu innym niż niedokrwienne z EF ≤35%
- ☐ Zapalenie mięśnia sercowego lub podejrzenie zapalenia mięśnia sercowego (MYC)
- ☐ Kardiomiopatia okołoporodowa (PPCM)

Frakcja wyrzutowa (EF)
_____ %

INNE

- ☐ Rozpoznana lub podejrzana choroba genetyczna serca (zespół Brugada, wydłużony odcinek QT itp.)
- ☐ Oczekiwanie na przeszczepienie serca
- ☐ Wyszczepienie ICD i odroczone reimplantacja
- ☐ Odroczone implantacja ICD z powodu czasowych przeciwwskazań klinicznych
- ☐ Inna choroba obciążona wysokim ryzykiem wystąpienia NZS, nie wymieniona powyżej

Proszę opisać _____

2) Ustawienia kamizelki LifeVest

(Należy wpisać wartość dla każdego ustawienia. W przypadku pozostawienia pustego pola, zostanie zastosowana wartość domyślna)

a) Próg detekcji dla częstoskurczu komorowego (VT)
Ustawienia domyślne: 150 /min

(120-250 /min, przyrost co 10)

b) Próg detekcji dla migotania komór (VF)
Ustawienia domyślne: 200 /min

(120-250 /min, przyrost co 10)

c) Energia terapii
Ustawienia domyślne: 150 J dla wszystkich pięciu wyładowań elektrycznych

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
(Przyrosty co 25 od 75 J do 150 J)

- d) Pacjent ma wszczepiony kardiowerter/defibrylator (ICD)?
☐ NIE ☐ TAK — Terapia antyarytmiczna jest/była wyłączona?
- e) Pacjent ma wszczepiony stymulator?
☐ NIE ☐ TAK — Stymulacyjna została sprawdzona i zaprogramowana na bipolarną w razie konieczności?

4) Informacje dotyczące osoby zlecającej* (informacje dotyczące ochrony danych osobowych podano w stopce)

- a) Osoba do kontaktu wyznaczona przez osobę zlecającą _____
- b) Numer telefonu osoby do kontaktu _____
- c) Imię i nazwisko osoby zlecającej (drukowanymi literami) _____
- d) Szpital/placówka _____
- e) Podpis osoby zlecającej — Proszę nie używać pieczętki _____
- f) Data złożenia podpisu (DD/MM/RRRR) ____ / ____ / ____
- g) Planowana data wizyty kontrolnej (DD/MM/RRRR) ____ / ____ / ____



Phone

0-0-800-4911971



Email

LifeVest.Poland@zoll.com

Złożenie zlecenia medycznego

- 1) Proszę wypełnić formularz zlecenia na kamizelkę LifeVest. Uwaga: **WSZYSTKIE POLA** zlecenia medycznego muszą być wypełnione, a zlecenie musi być **PODPISANE I OPATRZONE DATĄ** przez Państwa lekarza
- 2) Formularz zlecenia należy przestać do firmy ZOLL pocztą elektroniczną na adres: LifeVest.Poland@zoll.com
- 3) Po otrzymaniu wypełnionego zlecenia medycznego, firma ZOLL skontaktuje się z Państwem w celu umówienia spotkania z przedstawicielem firmy ZOLL

*Informacje o ochronie danych osobowych

Informacje ogólne — Dane osoby zlecającej to dane osobowe (imię i nazwisko osoby zlecającej, imię i nazwisko osoby do kontaktu, numer telefonu osoby do kontaktu, imię i nazwisko lekarza zlecającego, szpital/placówka, podpis i data). Jeśli osoba do kontaktu nie jest osobą zlecającą (ale osoba zlecająca podaje imię i nazwisko osoby do kontaktu), osoba zlecająca powinna upewnić się, że przekaze niniejsze informacje o ochronie danych osobie do kontaktu.

Cele i podstawa prawna — Spółka ZOLL Medical Poland przetwarza dane osoby zlecającej zlecenie w celach rozliczeniowych i refundacji, a także w celu zapewnienia sprawnej opieki nad pacjentem i procesu przepisywania zlecenia. Podstawą prawną tego przetwarzania jest uzasadniony interes spółki polegający na zapewnieniu kompleksowej opieki i wsparcia w zakresie używania kamizelki LifeVest.

Ujawnianie informacji/odbiorcy — Spółka ZOLL Medical Poland przekaze dane osoby zlecającej spółce ZOLL CMS GmbH w Niemczech w celu realizacji zlecenia medycznego. Spółka ZOLL Services LLC z siedzibą w Pittsburghu (Stany Zjednoczone) i partnerzy będący zewnętrznymi dostawcami usług mogą otrzymywać dane osobowe w celach przetwarzania odpowiednio na podstawie i w ramach chronionych umowami o przetwarzaniu danych.

Przesyłanie danych do innych krajów — Dane osobowe gromadzone przez spółkę ZOLL Medical Poland są przechowywane na serwerach spółki ZOLL, które mogą znajdować się poza Polską lub Europejskim Obszarem Gospodarczym, w szczególności w Stanach Zjednoczonych Ameryki. W miarę możliwości polegamy na standardowych klauzulach umownych między administratorem a przetwarzającym, dotyczących przesyłania danych osobowych do państw trzecich, zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej.

Czas przechowywania danych — Spółka ZOLL Medical Poland przechowuje Państwa dane osobowe tak długo, jak długo ma do tego uzasadniony interes biznesowy, ogólnie tak długo, jak długo trwa odpowiednia procedura przepisywania zlecenia oraz zgodnie z wynikającymi z niej ustawowymi obowiązkami przechowywania danych.

Prawa do ochrony danych — Przysługuje Państwu prawo do dostępu, prawo do sprostowania, prawo do usunięcia; prawo do ograniczenia przetwarzania; prawo do sprzeciwu; prawo do złożenia skargi do właściwego organu oraz — w stosownych przypadkach — prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie.

Informacje kontaktowe — ZOLL Medical Poland Sp. z o.o., ul. Grzybowska 87, 00 844 Warszawa, tel. 00800 4911971

Z inspektorem ds. ochrony danych osobowych ZOLL Medical Poland można kontaktować się pod adresem Dataprotectioninquiries@zoll.com



Phone

0-0-800-4911971



Email

LifeVest.Poland@zoll.com

Medical order form

FILL IN ALL FIELDS

1) Patient's personal information and condition

- a) Patient's name (in capital letters) _____
- b) Date of birth (DD/MM/YYYY) ____ / ____ / ____ Patient Registration Nr.: _____
- c) Gender ☐ M ☐ K
- d) Estimated start date (DD/MM/YYYY) ____ / ____ / ____
- e) Estimated duration of need: ☐ 1 month ☐ 2 months ☐ 3 months ☐ 4 months ☐ Other _____ months
- f) Indication for use of LifeVest® vest (mark one):

ISCHEMIC ETIOLOGY

- ☐ Recent MI (<40 days) with EF ≤35% without revascularization (MI)
- ☐ Recent history of PCI (<90 days) with EF ≤35%
- ☐ Recent CABG procedure (<90 days) with EF ≤35%
- ☐ Newly diagnosed heart failure (HF) of ischemic origin with EF ≤35%

Ejection fraction (EF)
_____ %

NON-ISCHEMIC ETIOLOGY

- ☐ Newly diagnosed heart failure of non-ischemic etiology with EF ≤35%
- ☐ Myocarditis or suspected myocarditis (MYC)
- ☐ Peripartum cardiomyopathy (PPCM)

Ejection fraction (EF)
_____ %

OTHER

- ☐ Diagnosed or suspected genetic heart disease (Brugada syndrome, prolonged QT segment, etc.)
- ☐ Awaiting heart transplantation
- ☐ ICD implantation and deferred reimplantation
- ☐ Deferred ICD implantation due to temporary clinical contraindications
- ☐ Other condition with a high risk of SCA not listed above

Please describe _____

2) LifeVest settings

(Enter the value for each setting. If left blank, the default value will be used)

a) Detection threshold for ventricular tachycardia (VT)

Default settings: 150 /min

(120-250 /min, increments of 10)

b) Detection threshold for ventricular fibrillation (VF)

Default settings: 200 /min

(120-250 /min, increments of 10)

c) Therapy energy

Default settings: 150 J for all five electrical discharges

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

(Increments in increments of 25 from 75 J to 150 J)

d) Patient has an implantable cardioverter/defibrillator (ICD)?

☐ NO ☐ YES - Antitachycardia therapy is/was turned off?

di) Patient has an implanted pacemaker?

☐ NO ☐ YES - The pacemaker has been checked and programmed to bipolar if necessary?

4) Information on the ordering person* (data protection information is provided in the footer)

- a) Contact person designated by the ordering person _____
- b) Phone number of the contact person _____
- c) Name of the ordering person (in capital letters) _____
- d) Hospital/facility _____
- e) Signature of the ordering person - Please do not use a stamp _____
- f) Date of signature (DD/MM/YYYY) ____ / ____ / ____
- g) Scheduled date of follow-up visit (DD/MM/YYYY) ____ / ____ / ____



Phone

0-0-800-4911971



Email

LifeVest.Poland@zoll.com

Placing a medical order

- 1) Please complete the LifeVest medical order form. Note: **ALL** medical order **fields** must be completed and the order must be **SIGNED AND DATED** by your physician
- 2) The order form should be sent to ZOLL by email to: LifeVest.Poland@zoll.com
- 3) Upon receipt of the completed medical order, ZOLL will contact you to schedule an appointment with a ZOLL representative

*Data Protection Information

General information - The ordering person's information is personal information (ordering person's name, contact person's name, contact person's phone number, ordering doctor's name, hospital/facility, signature and date). If the contact person is not the ordering person (but the ordering person provides the name of the contact person), the ordering person should make sure to provide this data protection information to the contact person.

Purposes and legal basis - ZOLL Medical Poland processes the data of the ordering person for billing and reimbursement purposes, as well as to ensure efficient patient care and the order prescription process. The legal basis for this processing is the company's legitimate interest in providing comprehensive care and support for the use of the LifeVest.

Disclosure/Recipient - ZOLL Medical Poland will transfer the ordering person's data to ZOLL CMS GmbH in Germany for the purpose of medical order processing. ZOLL Services LLC, Pittsburgh, USA, and third-party service provider partners may receive personal data for processing purposes under and protected by data processing agreements, respectively.

Transfers of data to other countries - Personal data collected by ZOLL Medical Poland is stored on ZOLL's servers, which may be located outside of Poland or the European Economic Area, in particular in the United States of America. To the extent possible, we rely on standard contractual clauses between the controller and the processor regarding the transfer of personal data to third countries, in accordance with the decision of the European Commission.

Duration of data retention - ZOLL Medical Poland retains your personal data for as long as it has a legitimate business interest to do so, generally as long as the relevant order transcription procedure lasts and in accordance with the resulting statutory data retention obligations.

Data protection rights - You have the right of access, the right of rectification, the right of erasure; the right to restrict processing; the right to object; the right to lodge a complaint with a competent authority and, where applicable, the right to withdraw consent at any time.

Contact information - ZOLL Medical Poland Sp. z o.o., 87 Grzybowska St., 00 844 Warsaw, tel. 00800 4911971

ZOLL Medical Poland's data protection officer can be contacted at: Dataprotectioninquiries@zoll.com



Phone

0-0-800-4911971



Email

LifeVest.Poland@zoll.com

90h0003_pol_pol_revD