

Вид на запитването:  Спешно  Неспешно

Дата на запитване .....  
(ден/месец/година)

Краен срок за отговор:.....  
(ден/месец/година)

AZ служител получил запитването.....  
(име, фамилия, подпис)

## ФОРМА ЗА МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ

Данни за клиента	
<p><b>Вид на клиента:</b></p> <p><b>Външен</b> <input type="checkbox"/> Здравен специалист <input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Други</p> <p><b>Вътрешен</b> <input type="checkbox"/> Медицински представител <input type="checkbox"/> Маркетинг <input type="checkbox"/> Други</p>	
<p><b>Начин на подаване на запитването:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Медицински представител <input type="checkbox"/> Поща <input type="checkbox"/> Електронна поща</p> <p><input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Факс <input type="checkbox"/> Други</p>	
<p><b>Име:</b></p>	
<p><b>Здравно заведение/Институция:</b> ..... (Адрес)</p>	
<p><b>Телефон/факс</b></p>	<p><b>Електронна поща:</b></p> <p><b>Желая да получа отговора</b>  <input type="checkbox"/> на английски език <input type="checkbox"/> на български език</p>
<p><b>Описание на въпроса:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>Свързан ли е с продукт на АстраЗенека?</b> <input type="checkbox"/> <b>Продукт</b> .....</p> <p><b>Свързан ли е с продукт, който не е на АстраЗенека</b> <input type="checkbox"/> <b>Продукт</b> .....</p> <p><b>Не е свързан с лекарствен продукт?</b> <input type="checkbox"/></p>	

**Отговорът да бъде комуникиран:**

- |  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Медицински представител | <input type="checkbox"/> Поща | <input type="checkbox"/> Електронна поща |
| <input type="checkbox"/> Телефон                 | <input type="checkbox"/> Факс | <input type="checkbox"/> Други           |

Долуподписаният ..... давам съгласието си личните ми данни, попълнени от мен в настоящата Форма да бъдат обработвани от АстраЗенека за целите на систематизиране и анализиране на информацията, съдържаща се в него, като тези данни няма да бъдат предоставяни на трети лица. Запознат съм с възможността да получавам достъп и да коригирам по всяко време своите лични данни, вписани от мен в настоящата Форма.

\_\_\_\_\_

Подпис и дата

*Жълтите полета се попълват от лицето, отговорило на запитването.*

**Съдържа ли се в запитването нежелана лекарствена реакция?**

- Да                       Не

Ако Да, номерът от локалния регистър на НЛР е .....

**Запитването свързано ли е с одобрена индикация или дозировка?**

- Да                       Не                       Не е приложимо

**Дата на отговора**

**Начин на комуникация**

- |  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Медицински представител | <input type="checkbox"/> Поща | <input type="checkbox"/> Електронна поща |
| <input type="checkbox"/> Телефон                 | <input type="checkbox"/> Факс | <input type="checkbox"/> Други           |

Отговорил на запитването .....

(име/подпис/дата)

Отговорът е прегледан от .....

(име/подпис/дата)