

## KaryForward 患者電子同意書

\*名字  \*姓氏

父母 / 合法監護人姓名  與患者的關係

\*患者出生日期  年/月/日  \*患者性別

\*地址

\*城市  \*州  \*郵政編號

電郵  住宅電話  手機

聯絡偏好  
 住宅電話  手機

時間偏好  
 上午 (上午8時-上午10時)  日間 (上午10時至下午5時)  下午 (下午5時後)

### 患者同意

本人特此授權本人的醫護專業人士、本人的健康保險公司及本人的藥房披露本人的受保護健康資訊 (protected health information, PHI)，包括但不限於本人的姓名、地址、電話號碼、病歷、健康保險範圍以及財務資訊予 KaryForward 及其代理人。本人明白到一旦本人的健康資訊披露予 KaryForward，可能會再次被披露，而聯邦私隱法律可能不再保護該等資訊。本人特此授權 KaryForward 及其代理人：(1) 以透過電話或郵件與本人或代表本人簽名的法定代理人聯絡；(2) 以代表本人聯絡本人的保險公司，以驗證本人的 XPOVIO® (selinexor) 的承保；(3) 以確定本人參與 XPOVIO® 共付計劃及參與患者支援計劃 (Patient Assistance Program, PAP) 的資格，包括驗證本人的財務資訊；(4) 以確定本人參與劑量交換計劃的資格；(5) 提供關於任何獨立第三方基金會或其他資金來源或保險來源的資訊，該等來源可用於協助支付自費支出；(6) 與本人的醫護專業人士及專科藥房協調本人的治療；(7) 向本人發送產品、服務相關材料，或其他本人可能感興趣的資訊。本人明白，如果患者的保險計劃或僱主參與之其他資金計劃 (有時也稱為患者權益計劃等) 要求其申請製造商的患者支援計劃，或以其他方式透過其他資金供應商尋求特殊藥品處方承保，以此作為獲得相關 Karyopharm 產品承保的條件、要求或前提，或視乎透過其他資金計劃申請特殊藥品處方承保或拒絕獲得特殊藥品處方承保的資格，以其他方式拒絕、限制、取消、延遲、更改或扣留任何保險利益或承保，則患者不符合 KaryForward PAP 計劃的資格。本人明白到如果本人拒簽本授權書，將不會影響本人的醫護專業人士為本人提供的治療，或本人的付款、登記或獲取本人健康護理計劃利益的資格。然而，如果本人拒簽此授權書，或先簽署但之後再撤銷本人的授權，則可能影響本人參與 KaryForward 的資格。如果本人不撤銷授權，它將維持有效 3 年 (或按照州法律可能要求的更少時間)。本人明白到本人有權獲得此授權的副本。

在下方簽名，即表示患者 / 父母 / 合法監護人表明其已閱讀 (或已有人為其閱讀) 本患者同意書並同意。

\*患者 / 父母 / 合法監護人簽名

\*名字  \*姓氏  \*簽名日期  年/月/日

繼續

請於 [XPOVIO.COM](http://XPOVIO.COM) 參考 XPOVIO® (selinexor) 的完整處方資訊。

請瀏覽 [www.KaryForward.com](http://www.KaryForward.com) | 星期一至星期五 (美國東部時間上午 8 時至晚上 8 時) 致電我們：

1-877-KARY4WD (1-877-527-9493)。

本網站適用於年滿 18 歲或以上的美國、波多黎各和美國領土居民。

©2023 Karyopharm Therapeutics Inc. 版權所有。US-XPOV-02/21-00007 (07/23)