

KaryForward 患者電子同意書

* = 必需的

*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 *患者性別

*地址

*城市 *州 *郵遞區號

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：(1) 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；(a) 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；(b) 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；(c) 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；(d) 以確定本人參與劑量交換計劃的資格 (2) 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；(3) 與本人的醫護專業人士及專科藥房協調本人的治療；(4) 向本人發送產品相關材料、服務，或其他本人可能感興趣的資訊。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。

*患者 / 父母 / 合法監護人簽名

*打印名字和姓氏

*簽名日期

通過傳真將填寫好的表格提交至 1-833-589-1603

請於 XPOVIO.COM 參考 XPOVIO® (selinexor) 的完整處方資訊。

請瀏覽 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)