

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	
<b>Вид на клиента:</b> <b>Външен</b> <input type="checkbox"/> Здравен специалист <input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Други <b>Вътрешен</b> <input type="checkbox"/> Медицински представител <input type="checkbox"/> Маркетинг <input type="checkbox"/> Други	
<b>Начин на подаване на запитването:</b> <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	
<b>Име:</b>	
<b>Здравно заведение/Институция:</b> ..... (Адрес)	
<b>Телефон/факс:</b>	<b>Електронна поща:</b>  <b>Желая да получа отговора</b> <input type="checkbox"/> на английски език <input type="checkbox"/> на български език

**Описание на въпроса:**

.....

.....

.....

.....

Свързан ли е с продукт на АстраЗенека?

Продукт.....

Свързан ли е с продукт, който не е на АстраЗенека

Продукт.....

Не е свързан с лекарствен продукт?

**Отговорът да бъде комуникиран:**

Медицински представител

Поща

Електронна поща

Телефон

Факс

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. 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

**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:

- Медицински представител       Поща       Електронна поща  
 Телефон       Факс       Други

Отговорил на запитването: .....  
(име/подпис/дата)

Отговорът е прегледан от: .....  
(име/подпис/дата)

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