

# Jetzt den Auto-Injector registrieren und den Ascendis Care Plan aktivieren!

## Profitiere von den Ascendis Care Vorteilen!



Unser Service-Team ist von **Montag bis Freitag** zwischen **08:00 und 18:00 Uhr** unter **0800 5345674** erreichbar und steht euch bei allen Fragen rund um den Auto-Injector zur Seite.

# Skytrofa® Auto-Injector-Registrierung

Tragt eure Daten und die Seriennummer des Skytrofa® Auto-Injectors ein und schickt die Karte im beiliegenden Umschlag an uns zurück.

## Persönliche Daten

Name Patient\*in/gesetzliche Vertretung

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Klinik-/Praxisname

Klinik-/Praxisanschrift

## Auto-Injector-Daten

            

Seriennummer des Skytrofa® Auto-Injectors

Stickerwunsch\*  ja  nein

\*Die Sticker werden nach Erhalt der Registrierung an die oben angegebene Adresse gesendet.  
Eine Registrierung ist nicht erforderlich, um die Sticker zu erhalten.

Ich erkläre hiermit, dass ich umfassend über die Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiert wurde. Ich willige ein, dass meine Daten von Ascendis Pharma GmbH und deren Serviceanbieter InizioEngage zum Zweck der medizinischen Betreuung, Schulung sowie zur Verbesserung der Nutzererfahrung im Zusammenhang mit dem Auto-Injector gespeichert und verarbeitet werden. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich bereits entweder mündlich oder schriftlich meine Zustimmung zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten gegeben habe. Diese Zustimmung umfasst auch die Kontaktaufnahme durch Ascendis Pharma oder InizioEngage für alle relevanten Anliegen im Zusammenhang mit dem Auto-Injector. Mir ist bekannt, dass die Weitergabe meiner Daten Rückschlüsse auf bestimmte Krankheiten zulassen kann, und ich habe die Datenschutzrichtlinie von Ascendis Pharma A/S zur Kenntnis genommen, die unter folgendem Link einsehbar ist: <https://ascendispharma.com/privacy-policy/>. Zusätzlich bestätige ich, dass ich durch das Schulungspersonal umfassend in die Handhabung des Auto-Injectors eingewiesen wurde. Ich habe alle notwendigen Informationen erhalten und fühle mich sicher im Umgang mit dem Gerät und der bevorstehenden Therapie.

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in/gesetzliche Vertretung

## Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung

**Tel.: 0800 5345674**

gebührenfrei, Montag–Freitag  
von 08:00 bis 18:00 Uhr

**E-Mail: [ascendiscare-pghd@inizio.com](mailto:ascendiscare-pghd@inizio.com)**



CUSTOMER SERVICE CENTER