

# Coloplast<sup>®</sup> Care Program

## Patient Enrollment Form

Coloplast Care is a program provided to you free of charge. We help make life easier for people, like yourself, who are living with intimate healthcare needs, and the Healthcare Professionals that support you by offering many different educational tools.

### Benefits of the Coloplast Care Program:

- Access to education and tools recommended by your Healthcare Professional
- Monthly wellness education articles addressing lifestyle questions
- Dedicated Consumer Care Advisor to help answer questions you may have

### Enroll Today!

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Date Began Cathing: \_\_\_\_\_

Male  Female Language:  English  Spanish  Other \_\_\_\_\_

Intermittent Catheter French Size \_\_\_\_\_ Length \_\_\_\_\_  Male External Catheter Size \_\_\_\_\_

Peristeen<sup>®</sup> Anal Irrigation

Name of Clinic and Clinician who referred you: \_\_\_\_\_


Already referred to a supplier:  No  Yes, please specify \_\_\_\_\_

Insurance Provider: \_\_\_\_\_

### Enroll in the program in one of the following ways:

 Fax - send Patient Enrollment Form to 1-800-501-8533

 Email - send request to [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com)

 Call - contact Coloplast Consumer Care at 1-888-726-7872

\*Patient/\*\*Legal Guardian \_\_\_\_\_

\*I agree to enroll in the Coloplast Care program, have read and acknowledged the privacy statement, and acknowledge that if required I have a prescription for requested samples.

\*\* Legal Guardian must sign if patient is under the age of 18.

#### Privacy Statement

Coloplast respects the privacy of your personal information and will protect the confidentiality of the information contained on this form. The only time the information may be used or shared is if it is (1) required by law; or (2) to provide you with the information about Coloplast products, services and wellness education. You may be contacted by Coloplast, its agents, affiliates, contractors, or supply or service providers by telephone, email, US Mail, or other means of communication only for the purpose stated above. If you choose not to receive communication from Coloplast, please contact us at 1-888-726-7872 or email: [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com) to request communication be discontinued.

# Programa Coloplast® Care

## Forma de Inscripción de Pacientes

Coloplast Care es un programa gratis para usted. Nosotros ayudamos a facilitar la vida de las personas que viven con necesidades de salud íntima, y los profesionales médicos que los apoyan, ofreciendo muchos instrumentos educativos diferentes.

### Beneficios del programa Coloplast Care:

- Acceso a la educación y los instrumentos recomendadas por su médico
- Mensuales artículos de educación para el bienestar respondiendo a las preguntas de estilo de vida
- Especialistas del consumidor dedicados para ayudar a contestar preguntas que pueda tener.

### Inscríbase hoy!

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó el cateterismo: \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer  English  Spanish  Otro \_\_\_\_\_

Catétere intermitentes tamaño FR \_\_\_\_\_ Longitud \_\_\_\_\_  Tamaño de catéter externo \_\_\_\_\_

Peristeen® Sistema de Evacuación Intestinal

Proveedor preferido (marque "N/A" si no lo tiene): \_\_\_\_\_


Referido ya a un proveedor:  No  Sí, por favor especifique \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro \_\_\_\_\_

### Inscribirse en el programa en una de las siguientes maneras:

 Fax - enviar la forma de inscripción a 1-800-501-8533

 Email – envíe su solicitud a [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com)

 Llame - contacto con un especialista del consumidor de Coloplast Care a 1-888-726-7872

\*Firma del Paciente/\*\*Guardián Legal \_\_\_\_\_

\*Estoy de acuerdo en inscribirse en el programa de Coloplast Care , ha leído y reconozco la declaración de privacidad, y reconozco que si es necesario tengo una receta para las muestras solicitadas.

\*\*El guardián legal debe firmar si el paciente es menor de 18 años.

#### Declaración de Privacidad

Coloplast respeta la privacidad de su información personal y protege la confiabilidad de la información contenida en este formulario. La única vez en que se usará o compartirá dicha información es cuando (1) lo exige la ley; o (2) para ofrecerle información acerca de los productos, servicios y educación de bienestar de Coloplast. Es posible que los agentes, afiliados, contratistas o proveedores de suministros o servicios se comuniquen con usted por teléfono, correo electrónico, correo postal u otros medios de comunicación solo por el motivo citado anteriormente. Si decide no recibir comunicaciones de Coloplast, comuníquese con nosotros llamando al 1-888-726-7872 o por correo electrónico: [samples@coloplast.com](mailto:samples@coloplast.com) para solicitar que se interrumpa la comunicación.

Si un profesional de cuidado de la salud completó este formulario, el mismo reconoce que ha leído al paciente la declaración de privacidad anterior.