Lenalidomid G.L. Hartkapseln
BESTELLFORMULAR

GL Pharma
G.L. Pharma GmbH - Schlossplatz 1, 8502 Lannach
Tel. +43/(0)3136/82577-0
E-Mail: office@gl-pharma.at

Apotheken-Name: _____ *bzw.* ***Apothekenstempel***

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

Für die Behandlung des Patienten / der Patientin[1]

☐ *männlich* ☐ *weiblich* *Geburtsjahr*: _____

und der Erkrankung[1]:

☐ *Multiples Myelom (MM)* ☐ *Myelodysplastische Syndrome (MDS)*

☐ *Mantelzell-Lymphom (MCL)* ☐ *Follikuläres Lymphom*

☐ *andere Indikation:* _____

bestelle ich folgende Anzahl an Packungen *Lenalidomid G.L. Hartkapseln*:

Anzahl	Produkt (à 21 Stück)	PZN
	Lenalidomid G.L. 2,5 mg Hartkapseln	5503384
	Lenalidomid G.L. 5 mg Hartkapseln	5503390
	Lenalidomid G.L. 7,5 mg Hartkapseln	5503409
	Lenalidomid G.L. 10 mg Hartkapseln	5503415
	Lenalidomid G.L. 15 mg Hartkapseln	5503421
	Lenalidomid G.L. 20 mg Hartkapseln	5503438
	Lenalidomid G.L. 25 mg Hartkapseln	5503444

Name des Verschreibers[1](lt. Rezept)**:** _____

Zentrum des Verschreibers[1]: _____
(z.B. Krankenhaus oder Ordination)

BITTE SENDEN SIE IHRE BESTELLUNG

per FAX an +43/(0)3136/81563 *oder* ***per E-Mail an medanfragen@gl-pharma.at***

Fragen richten Sie bitte telefonisch an +43/(0)3136/82577-0.

_____ _____
Ort, Datum, Unterschrift *Apothekenstempel*

1) Angabe aller geforderten Patientendaten, der Indikation und des Verschreibers bzw. des Zentrums sind lt. Vereinbarung mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zwingend vorgeschrieben und werden im Einklang mit der geltenden Datenschutzgrundverordnung behandelt. Informationen zum Datenschutz und darüber, wie G.L. Pharma GmbH personenbezogene Daten verwendet, finden Sie hier: https://gl-pharma.com/de/datenschutzerklaerung/