Bestellformular

Lenalidomid G.L. / Pomalidomid G.L. Hartkapseln

G.L. Pharma GmbH
Schlossplatz 1
8502 Lannach, Austria

BITTE SENDEN SIE IHRE BESTELLUNG AN:

FAX: +43/(0)3136/81563 oder
E-Mail: bestellung@gl-pharma.at

BITTE RICHTEN SIE FRAGEN TELEFONISCH AN:

+43/(0)3136/82577-0

Information zum Bestellablauf: Vorausgesetzt, dass der verschreibende Arzt bei G.L. Pharma GmbH registriert ist, werden Bestellungen wie folgt abgewickelt:

- **Bestellungen bis 12 Uhr** (Mo-Do):
  Zustellung im Laufe des nächsten Werktages
- **Bestellungen nach 12 Uhr** (Mo-Do) und **freitags**:
  Zustellung im Laufe des übernächsten Werktages

****SIE ERHALTEN KEINE SEPARATE AUFTRAGS- ODER LIEFERBESTÄTIGUNG****

Angaben zur Apotheke

Apotheken-Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

UID-Nummer (ATU):

Apothekenstempel

⚠ BITTE PFLICHTFELDER* BEI VORHANDENSEIN DER INFORMATION AUSFÜLLEN!

Unvollständige Angaben zum Patienten und zur Verschreibung können den Bestellablauf verzögern.[1]

Informationen zum Zentrum der Erstverschreibung beschleunigen den Bestellvorgang!

Angaben zum Patienten/zur Patientin*

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): _____

Erkrankung des Patienten/der Patientin*

☐ Multiples Myelom ☐ Myelodysplastische Syndrome

☐ Mantelzell-Lymphom ☐ Follikuläres Lymphom

☐ andere Indikation: _____

Angaben zur Verschreibung*

☐ Folgeverschreibung

☐ Behandelndes Krankenhaus (Erstverschreibung): _____

☐ Name des Arztes laut Rezept: _____

Bestellung Lenalidomid G.L. Hartkapseln

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

Bestellung Pomalidomid G.L. Hartkapseln

Anzahl	Produkt	Stück	PZN
	Pomalidomid G.L. **1 mg**	14	5543001
	Pomalidomid G.L. **1 mg**	21	5542757
	Pomalidomid G.L. **2 mg**	14	5542763
	Pomalidomid G.L. **2 mg**	21	5542786
	Pomalidomid G.L. **3 mg**	14	5542792
	Pomalidomid G.L. **3 mg**	21	5542800
	Pomalidomid G.L. **4 mg**	14	5542817
	Pomalidomid G.L. **4 mg**	21	5542823

_____

Ort, Datum, Unterschrift

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/