

**BITTE SENDEN SIE IHRE BESTELLUNG AN:**

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

**BITTE RICHTEN SIE FRAGEN TELEFONISCH AN:**

+43/(0)3136/82577-0



**Information zum Bestellablauf:** Vorausgesetzt, dass der/die verschreibende Arzt/Ärztin den/die Patienten/Patientin anhand des behördlich vorgeschriebenen Schulungsmaterials über die Risiken der Lenalidomid bzw. Pomalidomid-Einnahme aufgeklärt hat, 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

**BITTE FÜLLEN SIE DAS FORMULAR VOLLSTÄNDIG AUS, DA ES BEI FEHLENDEN ANGABEN ZU EINER VERZÖGERUNG DER BESTELLBEARBEITUNG KOMMT!**

*\*Sie erhalten keine separate Auftrags- bzw. Lieferbestätigung*

**Angaben zur Apotheke**

Apotheken-Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

UID-Nummer (ATU):

**Apothekenstempel**

**Angaben zum/zur Patienten/Patientin<sup>1</sup>**

männlich  weiblich  divers

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):

**Dies ist eine**  Erstverschreibung  Folgeverschreibung

**Erkrankung des/der Patienten/Patientin<sup>1</sup>**

Multiples Myelom  Myelodysplastische Syndrome

Mantelzell-Lymphom  Follikuläres Lymphom

andere Indikation:

**Bestellung Lenalidomid G.L. Hartkapseln**

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

**Bestellung Pomalidomid G.L. Hartkapseln**

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

**Angaben zum Verschreiber<sup>1</sup>**

Name des Verschreibers (lt. Rezept):

Zentrum des Verschreibers (z.B. Krankenhaus oder Ordination):

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/>