

POMALIDOMID + PHARMA

ALLE Bestellungen werden über die Firma Schachinger pharmalogistik GmbH abgewickelt.

Bitte E-Mail an: **orderhandling@healthcare.at**

Wichtige Information: Sobald der/die verschreibende Arzt/Ärztin die Aufklärung über die Pomalidomid-Risiken anhand des behördlich vorgeschriebenen Schulungsmaterials bestätigt hat, werden Bestellungen wie folgt abgewickelt:

- **Bestellungen Montag-Donnerstag bis 16:00:** Zustellung im Laufe des nächsten Werktages
- **Bestellungen Freitag bis 12:00:** Zustellung im Laufe des nächsten Werktages

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

POMALIDOMID + PHARMA

6052481	1 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542533	1 mg Hartkapseln	21 Stk.	
6052498	2 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542556	2 mg Hartkapseln	21 Stk.	
6052506	3 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542562	3 mg Hartkapseln	21 Stk.	
6052512	4 mg Hartkapseln	14 Stk.	
5542579	4 mg Hartkapseln	21 Stk.	

Bitte beachten Sie die maximal zulässige Bestellmenge von 1 Monatstherapie für gebärfähige Frauen und 3 Monatstherapien für nicht gebärfähige Frauen bzw. Männer.

Name des Verschreibers (lt. Rezeptstempel)¹: _____
(bitte in Blockbuchstaben)

Zentrum des Verschreibers¹: _____
z.B. Angabe des Krankenhauses oder der Ordination (bitte in Blockbuchstaben)

¹Angabe der Daten zum Verschreiber bzw. zum Zentrum des Verschreibers sind lt. Vereinbarung mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) zwingend vorgeschrieben und im Einklang mit der geltenden Datenschutzverordnung. Für alle Pomalidomid Bestellung gelten ausschließlich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Firma +pharma arzneimittel gmbh.

Name Apotheke: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Unterschrift: _____

Apothekenstempel & Datum