

LAIS® Sublingualtabletten Therapiebestellbogen

E-Mail: apob-s@sanova.at | Fax: +43 1 804 29 04

Bei Fragen zur Bestellung: Telefon 01/80104-2551



Patientendaten

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Arzt

Stempel, Datum, Unterschrift

Apotheke

Stempel, Datum, Unterschrift

Auftragsbestätigung senden an

E-Mail: _____

Arzt

Bitte den Bogen vollständig ausfüllen.
Original und 1. Durchschlag zusammen mit Rezept dem Patienten mitgeben. 2. Durchschlag behalten.

Apotheke

Bitte Original per E-Mail oder Fax senden.

Patient

Bitte Patienten-Durchschlag gut aufbewahren.

Achtung personalisierte Ware! Im Falle von Fehlbestellungen durch die Apotheke kann weder Rücknahme noch Umtausch vorgenommen werden. Wir ersuchen um Verständnis!

Produkt	Pkgr. PHZNR Kassenzeichen	Pkgr. PHZNR Kassenzeichen
Lais® Gräser 1.000 UA Sublingualtabletten	☐ 30 Stk. 4965295 DS ¹⁾	☐ 90 Stk. (3x30 Stk.) 4973136 ²⁾
Lais® Frühblüher 1.000 UA Sublingualtabletten	☐ 30 Stk. 4965326 DS ¹⁾	☐ 90 Stk. (3x30 Stk.) 4980403 ²⁾
Lais® Milben 1.000 UA Sublingualtabletten	☐ 30 Stk. 4965303 DS ¹⁾	☐ 90 Stk. (3x30 Stk.) 4980395 ²⁾
Lais® Ambrosia (Ragweed) 1.000 UA Sublingualtabletten	☐ 30 Stk. 5509777 ²⁾	☐ 90 Stk. (3x30 Stk.) 5509783 ²⁾
Lais® Beifuß 1.000 UA Sublingualtabletten	☐ 30 Stk. 5509748 ²⁾	☐ 90 Stk. (3x30 Stk.) 5509754 ²⁾
Lais® Katze 1.000 UA Sublingualtabletten	☐ 30 Stk. 5531328 ²⁾	☐ 90 Stk. (3x30 Stk.) 5531334 ²⁾

1) Desensibilisierungsprodukte – Frei verschreibbar durch Fachärzte für Kinderheilkunde, Pulmologie, HNO, Dermatologie und Allergieambulatorien

2) Nicht kassenzulässig, kann jedoch vom Chefarzt bewilligt werden.

In jeder Packung LAIS® befindet sich ein Nachbestellbogen, der gemeinsam mit einem ärztlichen Rezept für die Bestellung für Folgepackungen LAIS® verwendet werden kann.

Einwilligungserklärung bei Therapiebeginn

Ich stimme zu, dass meine bzw. die Gesundheitsdaten meines Kindes mit jeder Bestellung mittels dieses Bestellbogens für die Dauer der Therapie (wie vom behandelnden Arzt /der behandelnden Ärztin verordnet und rezeptiert), zum Zwecke der Überprüfung der Zusammensetzung und Sicherung der spezifischen Immuntherapie an die SANOVA Pharma GesmbH übermittelt, verarbeitet und gespeichert werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt und Apotheker von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Ich stimme zu, dass die SANOVA Pharma GesmbH die gespeicherten Daten an den behandelnden Arzt auf dessen schriftliche Anforderung übermitteln darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an sanova.pharma@sanova.at widerrufen kann. Die Daten werden für den Zeitraum der Behandlung und danach drei Jahre gespeichert. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung in der Datenschutzerklärung <https://sanova.at/datenschutzhinweis/>

Datum _____

Unterschrift _____
(Name siehe oben) des Patienten
bzw. des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

SANOVA Pharma GesmbH • Haidestraße 4 • 1110 Wien • Tel.: +43 1 801 04 – 0 • Fax: +43 1 804 29 04 • sanova.pharma@sanova.at • Es gelten die AGB unter www.sanova.at.