

Bestellformular

Offiziell registrierte Rechnungsadresse:

Lieferadresse (falls abweichend):

Name des Unternehmens:

Rechtsform:

Adresse:

PLZ, Stadt:

UST-IdNr.:

Kontaktperson:

Telefon / Fax:

E-Mail:

Bitte senden Sie das Bestellformular per Fax oder per E-Mail zurück.

Ansprechzeiten Customer Service von Montag bis Freitag 08.30 bis 17 Uhr (außer an gesetzlichen Feiertagen Deutschland / Nordrhein-Westfalen)

Menge	Artikelnr.	Artikelbeschreibung	Preis pro Einh.	Total
		Deltyba™ 50 mg, Filmtabletten 48 Stück		

- Diese Bestellung ist die Erstbevorratung für einen Patienten im Krankenhaus.
- Diese Bestellung ist die Erstbevorratung für einen ambulant behandelten Patienten.
- Diese Bestellung ist eine Nachbestellung für einen ambulant behandelten Patienten.
- Verbleibender Behandlungszeitraum Tage.
- Diese Bestellung ist eine Nachbestellung für einen stationär behandelten Patienten.
- Verbleibender Behandlungszeitraum Tage.
- Diese Bestellung dient der Bevorratung.

Ich / wir bestätigen hiermit folgende Angaben:

- Die Einrichtung hat Erfahrung in der Behandlung von multi-resistenter Tuberkulose.
- Es sind geeignete Maßnahmen zur Infektionskontrolle vorhanden.
- Die Einrichtung hat Zugang zu einem Referenzlabor, um die Durchführung von Tests zur Erregerempfindlichkeit (DST) zu gewährleisten.
- Die Einrichtung gewährleistet die kontinuierliche Versorgung mit den entsprechenden qualitativ geprüften Arzneimitteln für die Kombinationsbehandlung.
- Die Einrichtung hat Zugang zu elektrokardiographischen Untersuchungen (EKG) und deren Auswertung.
- Den Meldeverpflichtungen im Rahmen der Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz) wird nachgekommen.
- Eine Weitergabe der mit der Lieferung zur Verfügung gestellten Schulungsmaterialien an den behandelnden Arzt ist sichergestellt.
- Ein Leitfaden mit wichtigen Informationen über die Krankheit und Behandlung mit Deltyba™ u. a. über das Anwendungsrisiko bei Schwangerschaft und beim Stillen wird dem Patienten zur Verfügung gestellt.

Bitte folgende Angaben in Großbuchstaben ausfüllen. Felder mit (*) sind Pflichtfelder.

Name*: Vor- / Zuname des beh. Arztes*:

Datum*: Behandlungszentrum*:

Unterschrift*: Adresse*:

(Apotheker- / in oder Vertreter) E-Mail*:

Telefon*: