

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 stationär/ambulant behandelten Patienten.
- Diese Bestellung ist eine Nachbestellung für einen stationär/ambulant behandelten Patienten.

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.

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

Datum: Behandlungszentrum*:

Unterschrift: Adresse*:

(Apotheker- / in oder Vertreter)

E-Mail*:

Telefon*:

*Bitte beachten Sie, das Otsuka Novel Products GmbH als Zulassungsinhaber für das Inverkehrbringen von Deltyba dazu verpflichtet ist, dem behandelnden Arzt und dem Patienten über den behandelnden Arzt Schulungsmaterialien über risikominimierende Maßnahmen bei der Anwendung von Deltyba zur Verfügung zu stellen. Um dieser Verpflichtung nachzukommen wird Otsuka Novel Products GmbH die Kontaktdaten des behandelnden Arztes erheben und speichern.