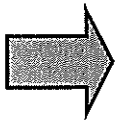


Bestemd voor individueel bereide immunotherapiekuur.

Svp één bestelformulier per recept.

Naam apotheek :	
Adres :	
Postcode / plaats :	
Datum :	
Handtekening :	
<u>Bovengenoemde apotheek verklaart een recept te hebben ontvangen van</u>	
Huisarts/specialist:	_____
Voor Patient :	_____



Svp hieronder aankruisen hetgeen u wenst te bestellen



<input type="checkbox"/> Oralgen® Boompollen 1 (berk, els, hazelaar)	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Oralgen® Graspollen (handjesgras, kroppaar, reukgras, timotheegras, echte witbol)	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Oralgen® Huisstofmijt (Dermathopagoides pteronyssinus)	Aantal flacons: _____

Oralgen® overig		Combinaties Oralgen® overig in één flacon	
<input type="checkbox"/> Boompollen 2	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Graspollen + Boompollen 1	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Boompollen 3	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Boompollen 1 + Boompollen 2	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Kruidenpollen 1	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Boompollen 1 + Boompollen 3	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Kruidenpollen 2	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Boompollen 2 + Boompollen 3	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Granen	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Graspollen + Granen	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Grassen / granen	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Graspollen + Boompollen 2	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Kat	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Graspollen + Boompollen 3	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Hond	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Hond + Kat	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Paard	Aantal flacons: _____	<input type="checkbox"/> Anders nl _____	Aantal flacons: _____
<input type="checkbox"/> Schimmel 1	Aantal flacons: _____		
Voor informatie over de samenstelling van Oralgen® overig zie ommezijde		Faxnummer: 0320-253030	

ORDERFORMULIER POLLINEX

DATUM: _____ ORDERNUMMER : _____

APOTHEEK : _____

ADRES : _____

POSTCODE : _____

WOONPLAATS: _____

WEGWERPSPUITEN	AANTAL
Boompollen volledige kuur 6 wwsp	
Graspollen volledige kuur 6 wwsp	

DATUM : _____ ORDERNUMMER : _____

APOTHEEK : _____

STRAAT : _____

POSTCODE : _____

WOONPLAATS : _____

TEL.NO : _____

	AANTAL
KT 10	
KT 50	
KT 100	
KERULAC	
REFUSAL	