

FAXBESTELFORMULIER

Bestemd voor (individueel bereide) immunotherapie-behandeling.
Per recept een bestelformulier.

Naam <input type="text"/>	(999999)
Adres:	
PC/WOONPLAATS:	
Telefoon: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>
Contactpersoon:	
Indien het factuur- of afleveradres afwijkt van bovenstaand adres, verzoeken wij u ons de correcte gegevens door te geven.	

Bovengenoemde apotheek verklaart een recept te hebben ontvangen

ondertekend door:(naam huisarts/specialist, indien bekend)

bestemd voor patiënt:

geboortedatum:/...../.....

Patiëntgegevens worden uitsluitend gebruikt ter controle van de samenstelling van onderhoudsbehandelingen.

en verzoekt om toezending van:

art.nr.	samenstelling	naam product	instelbehandeling (aantal invullen)	onderhoudsbehandeling (aantal invullen)
006	graspollen	ALL/NHO*		
015	gras/granenpollen	ALL/NHO*		
108/115/129	berk/els/hazelaarpollen	ALL/NHO*		
108	berkpollen	ALL/NHO*		
725	mijten D.Pter.	NHO		
708/725	mijten D.Far./D.Pter.	NHO		
overige samenstellingen:				
		ALL/NHO/NHD*		
		ALL/NHO/NHD*		
		ALL/NHO/NHD*		

ALL = Allergovit® (pollen) NHO = Novo Helisen® Oraal NHD = Novo Helisen® Depot

* = doorhalen wat NIET van toepassing is

overige producten uit ons assortiment:

product	aantal
ACAREX® Test	
Faxbestelformulieren	

geeft u hier aan, dat u nieuwe faxbestelformulieren wenst te ontvangen.

Formulier ingevuld faxen naar:

ALLERGOPHARMA B.V.

FAX: 030 - 696 23 25

ZEIST