

Anforderung patientenbezogener Arzneimitteltherapie

Anfordernde Praxis/Klinik:

Ansprechpartner:.....

Telefon:

Gewünschter Liefertermin:.....

(Regelliefertermin 1 Tag vor OP)

RP. APPLIKATIONSARZNEIMITTEL ZUR ANWENDUNG DURCH DEN ARZT	
<input type="checkbox"/> 1,25mg ausgeeinzeltes Bevacizumab /0,05ml Fertigspritze mit 30G/13mm Kanüle	<input type="checkbox"/> Ozurdex® , N1, PZN: 6839790
<input type="checkbox"/> 1,25mg ausgeeinzeltes Bevacizumab /0,05ml Fertigspritze mit 33G/13mm Kanüle	<input type="checkbox"/> Lucentis® , N1, PZN: 67760
<input type="checkbox"/> 2mg ausgeeinzeltes Aflibercept /0,05ml Fertigspritze 30G/13mm Kanüle	<input type="checkbox"/> Lucentis® Fertigspritze , N1, PZN: 10108939
<input type="checkbox"/> 0,5mg ausgeeinzeltes Ranibizumab /0,05ml Fertigspritze 30G/13mm Kanüle	<input type="checkbox"/> Eylea® , N1, PZN: 9299319
<input type="checkbox"/> (abweichende Dosierung)	

PATIENTENNACHNAME/-VORNAME*	GEBURTSDATUM	ANZAHL	OP-TERMIN	RECHNUNGSSTELLUNG/ABRECHNUNG
1				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
2				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
3				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
4				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
5				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
6				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
7				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
8				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
9				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient
10				<input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Patient

* Der Patient hat die anfordernde Praxis/Klinik unter Verzicht auf sein Auswahlrecht beauftragt, die Arzneimittel für ihn zu beschaffen oder er hat von seinem Auswahlrecht Gebrauch gemacht und die APOSAN Versandapotheke beauftragt, die benötigten Arzneimittel für die IVOM Therapie direkt an die anfordernde Praxis/Klinik zu liefern.

.....
(Ort/Datum)

.....
(Stempel/Unterschrift des verordnenden Arztes)

Die APOSAN Versandapotheke ist ein Geschäftsbereich der **Eigelstein Apotheke Dr. Clemens Künzer e.K.**, Eigelstein 100 • 50668 Köln