

Bestellformular Material für Patientinnen und Patienten

Bulletin de commande Matériel pour les patient-e-s

Name Nom	Inhalt Contenu	Sprache / Menge Langue / Quantité
Patientenbroschüren / Brochures pour les patient-e-s 	ACARIZAX® GRAZAX® ITULAZAX®	DE _____ FR _____ IT _____ EN _____ DE _____ FR _____ IT _____ EN _____ DE _____ FR _____ IT _____ EN _____
Patienten Informationsblock / Bloc d'information pour les patient-e-s 	Zur Besprechung mit Patientinnen und Patienten Pour l'entretien avec les patient-e-s	Block (zur Abgabe an Patientinnen und Patienten): Bloc (destiné à être remis aux patient-e-s): DE _____ FR _____ IT _____
MyTherapy App Abgabekarte / Carte de l'application MyTherapy à remettre 	Mit QR-Code für direkten Zugang zur App (Einnahmeerinnerung) Avec code QR pour un accès direct à l'application (rappel de prise de médicaments)	DE _____ FR _____ IT _____
Patienten Starter Kit / Kit de démarrage pour les patient-e-s 	Ein Kit enthält: - Necessaire - Form für Eiswürfelchen - Flyer Nebenwirkungen - Flyer MyTherapy Un kit contient: - Necessaire - Moule à glaçons - Dépliant sur les effets secondaires - Dépliant MyTherapy	DE _____ FR _____ IT _____
Tablettendispenser / Distributeur de comprimés 	Tablettendispenser für die tägliche Einnahme Distributeur de comprimés pour la prise quotidienne	DE / FR / IT _____

SLIT

Bestellformular Material für Patientinnen und Patienten

Bulletin de commande Matériel pour les patient-e-s

	Name Nom	Inhalt Contenu	Sprache / Menge Langue / Quantité
SCIT	Patientenbroschüren Brochures pour les patient-e-s 	ALUTARD SQ® Milben – Acariens Gräser – Graminées Baum – Arbre	DE _____ FR _____ IT _____ DE _____ FR _____ IT _____ DE _____ FR _____ IT _____
	Pollenkalender und Kreuzallergien / Calendrier pollinique et allergies croisées 	Informationsbroschüre für Patientinnen und Patienten Brochure d'information pour les patient-e-s	DE _____ FR _____ IT _____
Unterstützendes Material / Matériel complémentaire	Insektengiftallergie / Allergie aux venins d'insectes 	Informationsbroschüre für Patientinnen und Patienten Brochure d'information pour les patient-e-s	DE _____ FR _____ IT _____

Praxisname / Nom du cabinet:

Name Fachperson / Nom du/de la spécialiste:

Adresse, PLZ, Ort / Adresse, NPA, Lieu:

Praxisstempel / Cachet du cabinet: