

Bestellformular Material für Patientinnen und Patienten

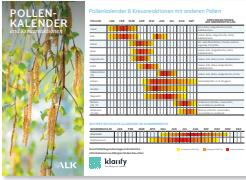
Bulletin de commande Matériel pour les patient-e-s



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 _____
Material für Kinder/ Matériel pour les enfants	GRAZAX® Broschüre – Brochure Urkunde – Diplome Sticker – Autocollants	DE _____ FR _____ IT _____ EN _____ DE _____ FR _____ IT _____ DE _____ FR _____ IT _____
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 (Einnahmerinnerung) 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: - Nécessaire - 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 _____

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	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 _____
		
Insektenallergie/ 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:

Arztstempel / Cachet du cabinet: