

Bestellformular für Ärzte für Formula-Arzneimittel Anwendung in der Praxis

Per Fax an 0800 851 118 oder an bestellung@zurrose.ch

Absender/Stempel:

Kundennummer: _____

Unterschrift Arzt*: _____

Datum: _____

zwingend handschriftlich, elektronische können nicht akzeptiert werden

Pharmacode	Menge*	Bezeichnung (Wirkstoff, Konzentration, Arzneiform)*	Verwendungszweck/ Indikation*

Ich wünsche vor dem Auslösen der Bestellung eine Offerte zur Freigabe.

Zur Rose kann Formula-Arzneimittel (Formula Magistralis) an Ärzte liefern, wenn Sie diese am Patienten anwenden. Bitte geben Sie an, für welche Indikation oder welchen Verwendungszweck Sie das Produkt benötigen. Nach dem HMG Art. 9 Abs. 2 Bst. a und c sind wir für die Marktfreigabe der Herstellung zuständig und brauchen diese Angaben zwingend.



HMG Art. 9 Abs. 2
Bst. a und c



Positionspapier
H 006.02

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- das Medikament am Patienten angewendet wird und eine Abgabe an den Patienten nicht erfolgt
- die Anwendung der Formula-Arzneimittel chargenspezifisch dokumentiert wird
- die gemachten Angaben zum Verwendungszweck/Indikation korrekt sind
- die Anwendung in der Praxis der ausschliessliche Verwendungszweck ist

Die Rücknahme von Formula Arzneimittel ist nicht möglich. Die Herstellungszeit beträgt 5 bis 10 Arbeitstage.

Ferien _____

Geschlossen ab _____

Wieder geöffnet ab _____

Bemerkungen _____

*Pflichtfelder, zwingend auszufüllen.

Version 1/2023