

## Bestellformular für Ärzte für Formula-Arzneimittel Anwendung in der Praxis

Per Fax an 0800 85 11 18 oder an [bestellung@zurrose.ch](mailto:bestellung@zurrose.ch)

Pharma- code	Menge*	Bezeichnung (Wirkstoff, Konzentration, Arzneiform)*	Verwendungs- zweck/ Indikation*

Zur Rose kann Formula-Arzneimittel (Formula Magistralis) an Ärzte liefern, wenn Sie diese am Patienten anwenden. Bitte geben Sie an, für welche Indikation Sie das Medikament 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. Weitere Infos finden Sie unter [kantonsapotheker.ch](http://kantonsapotheker.ch) > Positionspapier H 006.02 „Lohnherstellung nicht zulassungspflichtiger Arzneimittel gemäss HMG Art. 9 Abs. 2 Bst. a und c“ (pdf).

**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 und
- die Anwendung in der Praxis der ausschliessliche Verwendungszweck ist

Absender/Stempel \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt\*: \_\_\_\_\_ Kundenummer: \_\_\_\_\_  
Datum\*: \_\_\_\_\_

Liefertermin: \_\_\_\_\_

Ferien: \_\_\_\_\_ Geschlossen ab: \_\_\_\_\_ Wieder geöffnet ab: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**\*Felder mit \* sind zwingend auszufüllen**