

Bestellungen aus dem EU-Raum

Bestellung von Therapielösung (Fortsetzungslösung)

Allgemeine Hinweise:

Schriftliche Bestellung mit diesem Formular: gilt als Rezept!

Besitzer, Wohnort und Patientename einsetzen.

Gut lesbare Anschrift des einsendenden Tierarztes als Stempel

Gewünschte Allergenstärke ankreuzen

Datum und Originalunterschrift des Tierarztes

Bestellung der Fortsetzungslösung(en) imovet CAC/FAC

(Wenn immer möglich: Bestellformular aus der Packung der Startlösung verwenden)

Rp:

Allergenstärke

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Stärke Nr. 3 (= normale Stärke)

Stärke Nr. 2

Stärke Nr. 1

Herstellungs-Nr. der letzten Therapielösung: _____

Tierbesitzer:

Name: _____

Wohnort: _____

Tiername: _____

Tierart: Hund / Pferd Katze

Tierarztstempel

--

Datum: _____

Unterschrift des Tierarztes: _____

Die Herstellung der Lösung(en) dauert ca. 3 Wochen

Dieses Rezeptformular senden an:

**Jahn-Apotheke (Pharmavertrieb Vivell),
Schwarzwaldstrasse 146, D-79102 Freiburg
Tel: 0049-(0)761-703920 Fax: 0049-(0)761-77360**