Blatt 1 = Original über die Apotheke an HAL Allergy Handels-GmbH, Blatt 2 = für den Arzt

Arzt	Bestellapotheke, Anschrift mit PLZ	Patientendaten ODER Identifikations-Nummer:
Stempel, Datum und Unterschrift	Stempel, Datum und Unterschrift	Fam.Name: Vorname: Geb.datum:

Therapie-Bestellbogen

Fax an HAL Allergy: +43 (01) 489 31 10

Kreuzen Sie nur 1 Präparat pro Bestellschein an.
Senden Sie keine Rezepte.

Es gelten unsere AGB. Download unter www.hal-allergy.at/agb

PURETHAL® Packungsgröße: 1 Flasche zu 3 ml

☐ ***Erstbestellung*** ☐ ***Folgebestellung***

- ☐ PURETHAL Milbenmischung (D.pter/D.farinae)
- ☐ PURETHAL Bäume (Birke, Erle, Hasel)
- ☐ PURETHAL Birke
- ☐ PURETHAL Gräser (inkl. Roggen)
- ☐ PURETHAL Beifuß

SUBLIVAC® Packungsgröße: 1 Flasche zu 24 ml

☐ ***Erstbestellung*** ☐ ***Folgebestellung*** *Mischung erfolgt ausschließlich zu gleichen Teilen,* ***bitte kreuzen Sie maximal 2 Allergene an.***

☐ Bäume (Birke, Erle, Hasel)	☐ Birke	☐ Esche	☐ Buche	☐ Olive
☐ Gräser	☐ Wiesenlieschgras	☐ Roggen		
☐ Beifuß	☐ Spitzwegerich	☐ Ambrosia (Ragweed)		
☐ Milbenmischung (D. pter./D. farinae)				
☐ Hundeepithelien	☐ Katzenepithelien			
☐ Alternaria alternata				

Bemerkungen:

Datenschutzerklärung: (Unterschrift nur bei personalisierter Bestellung, wenn oben im Patientenfeld der Patientenname eingetragen wurde) Der verordnende Arzt (alternativ der Apotheker oder der Patient selbst) versichert, dass der Patient umfassend zum Thema Datenschutz aufgeklärt wurde und in die Erfassung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe seiner personenbezogenen Daten an die HAL Allergy Handels-GmbH, HAL Allergie GmbH (Düsseldorf/DE) und die HAL Allergy B.V. (Leiden/NL) schriftlich eingewilligt hat. Die Daten werden zum Zweck der Bestellung, Herstellung und Auslieferung des personalisierten Hyposensibilisierungspräparates, zum Zweck der Rückverfolgbarkeit und für die Abwicklung von Folgebestellungen verarbeitet. Weiterhin hat der Patient den verordnenden Arzt und die Bestellapotheke von der Schweigepflicht gegenüber der HAL Allergy Handels-GmbH entbunden.

Datum, Unterschrift des verordnenden Arztes (alternativ des Apothekers oder des Patienten)
Bei fehlender Unterschrift bitte oben im Patientenfeld eine ID-Nummer eintragen!

HAL Allergy Handels-GmbH | Annagasse 5/2/216, A-1010 Wien
Tel.: (01) 489 31 00 | Fax: (01) 489 31 10 | info@hal-allergy.at | www.hal-allergy.at

3.8.1a AT 05/23