|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Formular Bestellung Hydroxychloroquin  | Nummer: F0\_001Version: 01Gültig ab 07.04.2020Seite 1 von 1 |
| Bestellung Plaquenil® (oder Generika) |

**Vorbemerkung:** Da die Versorgungssituation für Patientinnen und Patienten mit zugelassener Indikationen (Fachinformation) mit Plaquenil® und Generika z.T. problematisch ist, bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

* Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Verschreibungen für Präparate mit Hydroxychloroquin auf Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Krankheit beschränken, die eine Verabreichung nach den von Swissmedic anerkannten Indikationen (Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis, etc.) benötigen.
* Die Apotheken und Arztpraxen verpflichten sich, das Arzneimittel nur an Patientinnen und Patienten aus ihrer Apotheke mit den oben aufgeführten bekannten chronischen Krankheiten abzugeben (unter Beachtung der kantonalen Vorgaben bzgl. Selbstdispensation).
* Die Grossisten und Hersteller beliefern ihre Kunden (öff. Apotheken, Arztpraxen) nur aufgrund einer Bestellung mit diesem Formular.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Als Scan oder FAX direkt an Ihren Grossisten senden**

Es werden nur Bestellungen berücksichtigt (vorbehaltlich der Verfügbarkeit), welche mit diesem Formular aufgegeben werden.

Datum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Interne Kundennummer(Nummer des Patientendossiers)  | Anzahl der zu bestellenden Packungen | Bemerkungen |
|  |  |  |

Stempel der Apotheke / der Ärztin/des Arztes:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die bestellten Packungen ausschliesslich zur Behandlung von chronischen Patienten gemäss den zugelassenen Indikationen (z.B. Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis) eingesetzt werden.

Name, Vorname der Apothekerin/des Apothekers / der Arzt/Ärztin:

Unterschrift: …………………………………………………………………………………………………………