

# LAIS® Sublingualtabletten Therapiebestellbogen

Fax: +43 1 804 29 04

E-Mail: apob-s@sanova.at

Bei Fragen zur Bestellung: Alexandra-Marion Müller, T: 01/80104-2551



**Sanova**  
Advancing health

## Patientendaten

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Arzt

Stempel, Datum und Unterschrift

## Apotheke

Stempel, Datum und Unterschrift

### **Hinweise! Bitte aufmerksam lesen.**

**Arzt:** Bitte den Bogen vollständig ausfüllen.

Original und 1. Durchschlag zusammen mit Rezept dem Patienten mitgeben. 2. Durchschlag behalten.

**Apotheke:** Bitte Original per Fax oder E-Mail senden.

**Patient:** Bitte Patienten-Durchschlag gut aufbewahren.

**Achtung personalisierte Ware! Im Falle von Fehlbestellungen durch die Apotheke kann weder Rücknahme noch Umtausch vorgenommen werden. Wir ersuchen um Verständnis!**

Produkt	Pkgr. / PHZNR / Kassenzeichen	Pkgr. / PHZNR / Kassenzeichen
Lais® Gräser 1.000 UA Sublingualtabletten	<input type="checkbox"/> 30 Stk. / 4965295 / DS <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 90 Stk. (3x30 Stk.) / 4973136 <sup>2)</sup>
Lais® Frühblüher 1.000 UA Sublingualtabletten	<input type="checkbox"/> 30 Stk. / 4965326 / DS <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 90 Stk. (3x30 Stk.) / 4980403 <sup>2)</sup>
Lais® Milben 1.000 UA Sublingualtabletten	<input type="checkbox"/> 30 Stk. / 4965303 / DS <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> 90 Stk. / 4980395 <sup>2)</sup>
Lais® Ambrosia (Ragweed) 1.000 UA Sublingualtabletten	<input type="checkbox"/> 30 Stk. / 5509777 <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> 90 Stk. / 5509783 <sup>2)</sup>
Lais® Beifuß 1.000 UA Sublingualtabletten	<input type="checkbox"/> 30 Stk. / 5509748 <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> 90 Stk. / 5509754 <sup>2)</sup>

1) Desensibilisierungsprodukte – Frei verschreibbar durch Fachärzte für Kinderheilkunde, Pulmologie, HNO, Dermatologie und Allergieambulatorien

2) Nicht kassenzulässig, kann jedoch vom Chefarzt bewilligt werden.

## Datenschutzerklärung durch den Patienten

(Bitte Unterschrift des Patienten einholen)

### Einwilligungserklärung bei Therapiebeginn

Ich stimme zu, dass meine bzw. die Gesundheitsdaten meines Kindes mit jeder Bestellung mittels dieses Bestellbogens für die Dauer der Therapie (wie vom behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin verordnet und rezeptiert), zum Zwecke der Überprüfung der Zusammensetzung und Sicherung der spezifischen Immuntherapie an die Sanova Pharma GesmbH übermittelt, verarbeitet und gespeichert werden. Insoweit entbinde ich meinen Arzt und Apotheker von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Ich stimme zu, dass die Sanova Pharma GesmbH die gespeicherten Daten an den behandelnden Arzt auf dessen schriftliche Anforderung übermitteln darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an [sanova.pharma@sanova.at](mailto:sanova.pharma@sanova.at) widerrufen kann. Die Daten werden für den Zeitraum der Behandlung und danach drei Jahre gespeichert. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung in der Datenschutzerklärung <https://sanova.at/datenschutzhinweis/>

Weitere Informationen unter: <https://sanova.at/datenschutzhinweis/>

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Name siehe oben) des Patienten bzw. des Erziehungs-/Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Sanova Pharma GesmbH • Haidestraße 4 • 1110 Wien • Tel.: +43 1 801 04 - 0 • Fax: +43 1 804 29 04 • [sanova.pharma@sanova.at](mailto:sanova.pharma@sanova.at)  
Es gelten die AGB unter [www.sanova.at](http://www.sanova.at).

Original an die Apotheke.

1. Durchschlag für den Patienten.

2. Durchschlag als Beleg für den Arzt.

Bitte kreuzen Sie das gewünschte Produkt an.

LAIS\_2022\_019