

FOLGEBESTELLUNG FASENRA 30MG

über: obs.pharmosan.com/login.php oder an Fax. Nr.: +43 1 811 82 140

Arztname laut Rezept: _____

Arztanschrift: _____

Rezeptdatum: _____

Patientenpassnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rezeptnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Menge	PZN	Name	Packungsgröße
_____	4477555	FASENRA [®] 30 mg Fertigspritze	1 Stk.
_____	4966449	FASENRA [®] 30 mg Fertigpen	1 Stk.

Apothekenstempel

Datum