

Bestellungen aus dem EU-Raum

Bestellung von Therapielösung

Allgemeine Hinweise:

Schriftliche Bestellung mit diesem Formular: gilt als Rezept!

Besitzer, Wohnort und Patientename einsetzen.

Gut lesbare Anschrift des einsendenden Tierarztes als Stempel

Gewünschte Allergene ankreuzen

Datum und Originalunterschrift des Tierarztes

Bestellung der Startlösung(en) imovet CAC/FAC

Rp:

Allergen	Allergen	Allergen
<input type="checkbox"/> D. farinae	<input type="checkbox"/> Birke/Erle/Hasel	<input type="checkbox"/> Spitzwegerich
<input type="checkbox"/> D. pteronyssinus	<input type="checkbox"/> Platane/Weide/Pappel	<input type="checkbox"/> Beifuss
<input type="checkbox"/> Malassezia	<input type="checkbox"/> Parietaria	<input type="checkbox"/> Sauerampfer
<input type="checkbox"/> Lepidoglyphus	<input type="checkbox"/> Roggen	<input type="checkbox"/> Acarus
<input type="checkbox"/> Aspergill./Penicill.	<input type="checkbox"/> 6-Gräser-Mischung	<input type="checkbox"/> Tyrophagus
<input type="checkbox"/> Alternaria/Cladospor.	<input type="checkbox"/> Brennessel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ragweed/Ambrosia	<input type="checkbox"/> Gänsefuss	<input type="checkbox"/>

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)761-703921 Fax: 0049-(0)761-77360**