

**Uptravi® ist apotheken- und verschreibungspflichtig!**

**Bestelladresse:** Janssen-Cilag GmbH, Customer Service, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss

**Arzt** Felder mit \* müssen ausgefüllt werden.

Titel/Name*/Vorname*
Institut/Krankenhaus*
Abteilung
Straße/Hausnummer*
PLZ/Ort*
Arzt-ID

**E-Mail-Bestellung:** [cspostfach@its.jnj.com](mailto:cspostfach@its.jnj.com)

**Faxbestellung:** 0800 0112357 (gebührenfrei)

**Tel. Bestellung:** 0800 79 100 10 (gebührenfrei)

**Anzahl Packungen:**

**Auftitrierung bis 800 µg (Erstverordnung)**

\_\_\_ Packg. Uptravi® 200 µg 140 Tbl. PZN 11579233

**TITRATIONSPACKUNG**

\_\_\_ Packg. Uptravi® 200 µg 60 Tbl. PZN 11579227

\_\_\_ Packg. Uptravi® 200 µg 10 Tbl. PZN 11579339

**KLINIKPACKUNG**

**Krankenhausversorgende Apotheke?**

ja

(Wenn ja, bitte bei Erstbestellung die Kopie des Vertrages mit dem zu versorgenden Krankenhaus an Janssen-Cilag GmbH schicken)

**Rechnungsanschrift Apotheke (= Lieferadresse Apotheke)**

Name der Apotheke*
Name (Apothekeninhaber/-in)*
Straße/Hausnummer*
Adresszusatz (falls zutreffend)
PLZ/Ort*
Telefon* Telefax*
Ansprechpartner/-in der Apotheke
IK-Nummer (Institutionskennziffer der Apotheke)*
Kundenauftragsnummer
Kundennummer*

**Auftitrierung von 1.000 µg bis 1.600 µg**

\_\_\_ Packg. Uptravi® 200 µg 140 Tbl. PZN 11579233

**TITRATIONSPACKUNG**

\_\_\_ Packg. Uptravi® 800 µg 60 Tbl. PZN 11579279

**Erhaltungsdosis**

\_\_\_ Packg. Uptravi® 200 µg 60 Tbl. PZN 11579227

\_\_\_ Packg. Uptravi® 400 µg 60 Tbl. PZN 11579256

\_\_\_ Packg. Uptravi® 600 µg 60 Tbl. PZN 11579262

\_\_\_ Packg. Uptravi® 800 µg 60 Tbl. PZN 11579279

\_\_\_ Packg. Uptravi® 1.000 µg 60 Tbl. PZN 11579285

\_\_\_ Packg. Uptravi® 1.200 µg 60 Tbl. PZN 11579291

\_\_\_ Packg. Uptravi® 1.400 µg 60 Tbl. PZN 11579316

\_\_\_ Packg. Uptravi® 1.600 µg 60 Tbl. PZN 11579322

**Abweichende Lieferadresse Apotheke**

Firma
Straße/Hausnummer
Adresszusatz (falls zutreffend)
PLZ / Ort

Die Bestellung erfolgt aufgrund eines formgültigen Rezepts des in der Bestätigung bzw. Auftragserteilung genannten Arztes.

**Liefer- und Vertragskonditionen**

Bestelleingänge von Montag bis Freitag bis 16.00 Uhr werden in der Regel am nächsten Werktag ausgeliefert. Ausgenommen davon ist die Samstagszustellung; diese muss bei Bestellung explizit angegeben werden. Leistungen und Lieferungen erfolgen ausschließlich gemäß unseren Allgemeinen Vertriebsbedingungen (AVB). Die AVB habe ich zur Kenntnis genommen. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass die AVB unter <http://www.janssen.com/germany> unter dem Link „Unternehmen/Einkaufs- und Verkaufsbedingung“ und die Retourenregelung unter <https://www.janssen.com/germany/customer-service> jederzeit eingesehen werden können. Ich stimme diesen jeweils gültigen AVB ausdrücklich zu.

**Ja, ich wünsche eine Samstagszustellung**

Die Samstagszustellung erfolgt durch die trans-o-flex Express GmbH. Bei ausbleibender Zustellung wenden Sie sich bitte direkt an die Servicenummer von trans-o-flex: Tel. 06201 988222 (Sa. 8.00–13.00 Uhr)

Die Übermittlung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zu dem mit den zuständigen Behörden (EMA und BfArM) vereinbarten Zweck der Gewährleistung, dass Ärzte das Uptravi®-Verschreiber-Kit erhalten haben.

Datum\*

Unterschrift Apothekerin/Apotheker\*

Stempel