

V. BestelformulierDit formulier e-mailen naar medicalaffairsNL@celgene.com of faxen aan 030-2844510**GOEDGEKEURDE FOC PATIËNT:**

Patiënten code	:	0 0 _____
Geboortedatum	:	_____
Recept ¹	:	<input type="checkbox"/> Eerste recept, _____ (datum) <input type="checkbox"/> Herhaal recept, _____ (datum)
Dosering	:	<input type="checkbox"/> Ongewijzigd en conform aanvraagformulier <input type="checkbox"/> Patiënt stapt over op andere dosering, vanwege ² _____ _____

1 Het bestelformulier moet naar Celgene BV zijn gestuurd in dezelfde maand als waarin het recept is uitgeschreven. Te laat ingestuurde bestelformulieren worden niet meer verwerkt.

2 Indien de dosis van lenalidomide wordt gewijzigd in verband met een bijwerking, verzoeken wij u tevens het separaat verstrekte Adverse Event formulier in te vullen en aan Celgene BV te retourneren.

UITLEVERING VAN:

Product naam	Dosering	Z-Index nr.	Aantal verpakkingen ³
Revlimid [®] - verpakking met 21 capsules	5 mg	15293939	
Revlimid [®] - verpakking met 21 capsules	10 mg	15293947	
Revlimid [®] - verpakking met 21 capsules	15 mg	15293955	
Revlimid [®] - verpakking met 21 capsules	25 mg	15293963	

3 Er kan maar 1 verpakking per keer besteld worden voor een 21 daags behandelingschema. Alleen bij een 28 daags behandelingschema kunnen maximaal 2 verpakkingen besteld worden.

AFLEVER GEGEVENS:

Naam arts	:	
Naam apotheker	:	
E-mail apotheker	:	
Ziekenhuis	:	
Ter attentie van	:	
Adres	:	
Postcode	:	
Plaats	:	

ONDERTEKENEN:

Naam arts _____	Datum _____
Handtekening arts _____	

Voor Celgene BV gebruik:

Hierbij verklaar ik dat de aangevraagde medicatie conform de gegeven goedkeuring is voor bovengenoemde patiënt. De aangevraagde verpakking(en) wordt zsm met een nufactuur op bovengenoemd adres afgeleverd.

Naam medewerker Celgene BV _____ Datum _____

Handtekening medewerker Celgene BV _____