

Name Nom	Inhalt Contenu	Sprache / Menge Langue / Quantité
<p>Patientenbroschüren / Brochures pour les patient-e-s</p> 	<p>ACARIZAX®</p> <p>GRAZAX®</p> <p>ITULAZAX®</p>	<p>DE _____ FR _____ IT _____ EN _____</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____ EN _____</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____ EN _____</p>
<p>Material für Kinder / Matériel pour les enfants</p> 	<p>GRAZAX®</p> <p>Broschüre – Brochure</p> <p>Urkunde – Diplome</p> <p>Sticker – Autocollants</p>	<p>DE _____ FR _____ IT _____ EN _____</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____</p>
<p>Patienten Informationsblock / Bloc d'information pour les patient-e-s</p> 	<p>Zur Besprechung mit Patientinnen und Patienten Pour l'entretien avec les patient-e-s</p>	<p>Block (zur Abgabe an Patientinnen und Patienten): Bloc (destiné à être remis aux patient-e-s):</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____</p>
<p>MyTherapy App Abgabekarte / Carte de l'application MyTherapy à remettre</p> 	<p>Mit QR-Code für direkten Zugang zur App (Einnahmeerinnerung) Avec code QR pour un accès direct à l'application (rappel de prise de médicaments)</p>	<p>DE _____ FR _____ IT _____</p>
<p>Patienten Starter Kit / Kit de démarrage pour les patient-e-s</p> 	<p>Ein Kit enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessaire - Form für Eiswürfelchen - Flyer Nebenwirkungen - Flyer MyTherapy <p>Un kit contient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessaire - Moule à glaçons - Dépliant sur les effets secondaires - Dépliant MyTherapy 	<p>DE _____ FR _____ IT _____</p>
<p>Tablettendispenser / Distributeur de comprimés</p> 	<p>Tablettendispenser für die tägliche Einnahme Distributeur de comprimés pour la prise quotidienne</p>	<p>DE/FR/IT _____</p>

SLIT

Name Nom	Inhalt Contenu	Sprache/Menge Langue/Quantité
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; margin-right: 5px;">SCIT</div> <div style="background-color: #1a3d54; color: white; padding: 5px;"> Patientenbroschüren Brochures pour les patient-e-s </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  </div>	<p>ALUTARD SQ®</p> <p>Milben – Acariens</p> <p>Gräser – Graminées</p> <p>Baum – Arbre</p>	<p>DE _____ FR _____ IT _____</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____</p> <p>DE _____ FR _____ IT _____</p>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-weight: bold; margin-right: 5px;">Unterstützendes Material / Matériel complémentaire</div> </div> <div style="background-color: #1a3d54; color: white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Pollenkalender und Kreuzallergien / Calendrier pollinique et allergies croisées </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  </div> <div style="background-color: #1a3d54; color: white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Insektengiftallergie / Allergie aux venins d'insectes </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;">  </div>	<p>Informationsbroschüre für Patientinnen und Patienten Brochure d'information pour les patient-e-s</p>	<p>DE _____ FR _____ IT _____</p>
	<p>Informationsbroschüre für Patientinnen und Patienten Brochure d'information pour les patient-e-s</p>	<p>DE _____ FR _____ IT _____</p>

Praxisname / Nom du cabinet:

Name Fachperson / Nom du/de la spécialiste:

Adresse, PLZ, Ort / Adresse, NPA, Lieu:

Arztstempel / Cachet du cabinet: