

## Anforderungsschein

### Thilorbin Augentropfen

für den Ordinationsbedarf im \_\_\_\_\_ Quartal \_\_\_\_\_

(zu bestellen von der ausliefernden Apotheke mit einer Kopie des Anforderungsscheins bei  
 WABOSAN Arzneimittelvertriebs  
 GmbH Anton Anderer Platz 6  
 1210 Wien  
 Tel.: 01/2700370  
 Fax: 01/270037020)

Burgenländische Gebietskrankenkasse  
 Siegfried Marcus-Straße 5  
 7000 Eisenstadt  
 Tel.: 02682/608-5111  
 Fax: 02682/608-411182

Artikelbezeichnung	Angeforderte Menge/OP	Bewilligte Menge/OP
<b>Thilorbin</b> 50 x 0,5 ml PZN 4161450		

\_\_\_\_\_  
 Arztstempel/Unterschrift/Datum

\_\_\_\_\_  
 BGKK – Chefärztlicher Dienst

\_\_\_\_\_  
 Apothekenstempel