


# MUSTERANFORDERUNG HELIXOR® | HELLEBORUS NIGER AQUOS.

Bitte zurück an:

 **Helixor Heilmittel GmbH, Fischermühle 1, 72348 Rosenfeld**

 **07428 935-102**

**Absender**

Anrede:

Name:

Straße:

PLZ | Ort:

Praxisstempel

**Hiermit erbitte ich folgende Muster (max. 4 Muster ankreuzen)**

Die Musterabgabe von Fertigarzneimitteln ist in § 47 (3, 4) AMG geregelt. Sie muss vom Hersteller dokumentiert werden und ist nur auf jeweilige schriftliche Anforderung erlaubt.  
Die Musterabgabe ist pro Fertigarzneimittel und Jahr auf zwei der kleinsten OP begrenzt.

- |                                    |   |      |  |
|------------------------------------|---|------|--|
| <b>Helixor® A</b>                  | <input type="checkbox"/> Originalpackung<br>OP 1 mg | oder | <input type="checkbox"/> Serienpackung<br>SE I     |
| <b>Helixor® M</b>                  | <input type="checkbox"/> Originalpackung<br>OP 1 mg | oder | <input type="checkbox"/> Serienpackung<br>SE I     |
| <b>Helixor® P</b>                  | <input type="checkbox"/> Originalpackung<br>OP 1 mg | oder | <input type="checkbox"/> Serienpackung<br>SE I     |
| <b>Helleborus niger<br/>aquos.</b> | <input type="checkbox"/> Originalpackung<br>OP D6   | oder | <input type="checkbox"/> Originalpackung<br>OP D12 |

Ort, Datum (Pflichtfeld)

Stempel/Unterschrift (Pflichtfeld)

**Einwilligung zur Datennutzung:** Ich bin einverstanden, dass die Helixor Heilmittel GmbH, Fischermühle 1, D-72348 Rosenfeld, meine hier angegebenen Daten zum Zweck der Dokumentation nach § 47 AMG speichert und verarbeitet. Meine Einwilligung ist jederzeit widerrufbar über [abmeldung@helixor.de](mailto:abmeldung@helixor.de). Mehr zu diesem Vorgehen findet sich in der Datenschutzerklärung in den Abschnitten „Ihre Rechte“, „Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung“, „Geschäftspartner und Informationssuchende“ und „Angehörige von Heilberufen“ unter [helixor.de/datenschutz](https://helixor.de/datenschutz)

Datum, Unterschrift