



Aanvraag tot ontvangst van 1 opstartspuit IALURIL® Prefill

Datum:.....

Dokter/Professor :

Ziekenhuis:.....

Telefoon :

Leveringsadres :

.....

Initialen patiënt:

Verzoekt 1 opstartspuit IALURIL® Prefill 50 ml steriele oplossing voor intravesicale instillatie te ontvangen voor de behandeling van:

- interstitiële cystitis
- recidiverende cystitis
- door antitumorale stoffen geïnduceerde cystitis
- door bestraling geïnduceerde cystitis

Geef dit document te faxen naar het nummer : **02/370.46.90**

of een scan hiervan te mailen naar: generalities@therabel.com

Voor meer informatie: Tel. 02/370.46.00

Handtekening en stempel



.....



Demande de 1 dose d'initiation d'IALURIL® Prefill

Date :.....

Docteur/Professeur:

Hôpital :.....

Téléphone :.....

Adresse de livraison :.....

.....

Initiales patient :

Demande de 1 dose d'initiation d'IALURIL® Prefill 50 ml solution stérile pour instillation intravésicale pour le traitement de :

- cystite interstitielle
- cystite récidivante
- cystite induite par substances antitumorales
- cystite induite par radiothérapie

Veuillez faxer ce document au numéro : **02/370.46.90**

ou envoyer un scan par e-mail: generalities@therabel.com

Pour plus d'informations: Tél. 02/370.46.00

Signature et cachet



.....