



### T-Register

Erst-Anforderung von T-Rezepten zur Verschreibung von Arzneimitteln, welche die Wirkstoffe **Thalidomid, Lenalidomid oder Pomalidomid** enthalten

Formular ausgefüllt zu senden an:

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  
T-Register  
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3  
53175 Bonn

Für Vermerke des BfArM

\_\_\_\_\_  
Name, ggf. Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Vorname (Rufname)

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (Lieferanschrift für T-Rezepte)

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Ergänzende Angabe zur Lieferanschrift (z.B. Krankenhaus, MVZ, Ambulanz, in Praxis Dr. ... oder Privat)

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Ich bin aufgrund meiner Approbation / Erlaubnis zur Berufsausübung berechtigt als Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Art der Berufsausübung (z.B. in Praxis oder im Krankenhaus)

\_\_\_\_\_ zu praktizieren  
Fachrichtung bzw. Gebietsbezeichnung

Eine amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde / Erlaubnis zur Berufsausübung (Beglaubigungsdatum nicht älter als 3 Monate)  füge ich bei  liegt Ihnen vor.

- Ich erkläre hiermit, dass mir die medizinischen Informationsmaterialien zu **Thalidomid, Lenalidomid** oder **Pomalidomid** gemäß der aktuellen Fachinformationen entsprechender Fertigarzneimittel vorliegen,
- ich bei der Verschreibung von Arzneimitteln gem. § 3a AMVV alle Sicherheitsmaßnahmen gemäß der aktuellen Fachinformationen entsprechender Fertigarzneimittel einhalten werde,
- ich über ausreichende Sachkenntnisse zur Verschreibung von Arzneimitteln nach § 3a AMVV verfüge.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige ungekürzte Unterschrift der Ärztin / des Arztes