



Bestellformular Cannabispräparate

cannaplant

Bitte Bestellformular vollständig ausfüllen und zusammen mit Arztrezept bzw. Betäubungsmittelrezept senden an:

Bahnhof Apotheke Langnau AG, Abteilung Cannabis-Med, Dorfstrasse 2, 3550 Langnau i.E.
Fax 034 402 25 35 | E-Mail: fankhauser@cannabis-med.ch | cannabis-med@hin.ch

MEDIKAMENT UND BESTELLMENGE

THC-haltige Präparate

Dronabinol-Lösung 2.5% (25mg THC/ml)	Cannabistinktur normiert (ca. 10mg THC/ml, ca. 20mg CBD/ml)	Cannabisöl normiert (ca. 10mg THC/ml, ca. 20mg CBD/ml)
Menge	Menge	Menge
5g (CHF 220.00)	10 ml (CHF 120.00)	10 ml (CHF 165.00)
10g (CHF 425.00)	20 ml (CHF 230.00)	20 ml (CHF 320.00)
20g (CHF 825.00)	30 ml (CHF 340.00)	30 ml (CHF 475.00)
40g (CHF 1600.00)	50 ml (CHF 550.00)	50 ml (CHF 775.00)
Andere Menge	Andere Menge	Andere Menge

Benötigte Dokumente

- Betäubungsmittelrezept
- BAG-Ausnahmebewilligung für entsprechenden Patienten und entsprechendes Präparat

Reine CBD-Präparate (THC-frei)

CBD-Lösung 2.5%	CBD-Lösung 5%	CBD-Lösung 10%	CBD-Lösung 20%
Menge	Menge	Menge	Menge
10g (CHF 40.00)	10g (CHF 80.00)	10g (CHF 160.00)	10g (CHF 320.00)
20g (CHF 80.00)	20g (CHF 160.00)	20g (CHF 320.00)	20g (CHF 580.00)
30g (CHF 120.00)	30g (CHF 240.00)	30g (CHF 430.00)	30g (CHF 860.00)
50g (CHF 200.00)	50g (CHF 380.00)	50g (CHF 720.00)	50g (CHF 1440.00)
Andere Menge	Andere Menge	Andere Menge	Andere Menge

Benötigte Dokumente/Informationen

- Normales Arztrezept
- Schriftliche Angabe der Indikation (auf separates Formular oder auf Rezept)

PATIENTENANGABEN

Name Vorname
Strasse/Nr. PLZ/Ort
Geburtsdatum Telefon

2. SEITE >



cannaplant

VERSAND AN

Patient

Arztpraxis

Apotheke

andere Adresse

FALLS VERSAND AN ARZTPRAXIS / APOTHEKE / ANDERE ADRESSE, BITTE WEITERE ANGABEN MACHEN

Name

Telefon

Strasse/Nr.

Fax

PLZ/Ort

E-Mail

VERRECHNUNG AN

Patient

Arztpraxis

Apotheke

Krankenkasse / Unfallversicherung / IV (**bitte Kopie der Kostengutsprache beilegen***)

*Bitte beachten Sie, dass eine Rückerstattung durch die Versicherung nur erfolgen kann, wenn eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme vom Vertrauensarzt der Versicherung vorliegt.

Bestellung aufgegeben von

Datum

Formular per
E-Mail versenden