

Zu senden an: Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut  
Klinische Versuche  
Sonderbewilligungen  
Hallerstrasse 7, Postfach, 3000 Bern 9  
Fax: 031 324 04 60

### Gesuchsteller/Gesuchstellerin

Name
Adresse
Telefon-Nr.
Fax-Nr.
E-Mail

### Arzneimittel

Handelsname
Hersteller (Adresse)
Handelsform/Packung
Wirkstoff(e)
Dosierungsstärke
Zulassungsstatus (Länder angeben, in denen das Präparat zugelassen ist)

Therapeutische Indikation
---------------------------

Angaben zum Patienten (Initialen, Geburtsdatum, Geschlecht)
---

Beantragte Menge für das Arzneimittel und Dauer der Bewilligung
---

**Beilagen**

Begleitbrief	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wiss. Begründung für den Präparateinsatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dokumentation zum Präparat (Fachinformation)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachweis der Berufsausübungsbewilligung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Gesuchsteller/Gesuchstellerin

.....

.....