

Na invullen deze pagina faxen naar Regenboog Apotheek 0031-(0)85-2736129
of scan en mail naar pharder@regenboogapotheek.nl

R/ RECEPT=BESTELFORMULIER  **TAPERINGSTRIP** **analgetica** op maat
(recept voor 12.00uur verzonden, dan medicatie volgende dag bij patiënt bezorgd)

Voorletters en naam patiënt:

Geboorte datum: . . - . . - Geslacht: M/V BSN-nummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres: Telefoon:

aanvinken	geneesmiddel	ZI nummer	dosering		duur	aantal herhalingen
			afronden op	dosis		
<input type="checkbox"/>	methadon	15221970	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	morfine	14730839	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	oxycodon_retard	16736729	0,25 mg	. , . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	tramadol	16225422	1 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter

Naam voorschrijvend arts:

Zorgverleners-of BIGnummer:

Sraat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres:

Telefoon:

Datum: . . - . . - Stempel arts

(bij voorkeur)

Handtekening arts: