

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

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

Voorletters en naam patiënt: .....

Geboortedatum: . . - . . - . . . . . 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"/>	diazepam	14731339	0,1 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	lorazepam	14731894	0,05 mg	. , . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	oxazepam	14732432	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	temazepam	14738155	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	zopiclon	16166175	0,2 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: