

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

R/ RECEPT=BESTELFORMULIER  **TAPERINGSTRIP anti-epileptica** 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:

Lokale apotheek:

Patiënt geeft toestemming de medicatie te ontvangen van de Regenboog apotheek ja

patiënt geeft toestemming voor informatie overdracht met lokale apotheek ja

aanvinken	geneesmiddel	ZI nummer	dosering		duur	aantal herhalingen
			afronden op	dosis		
<input type="checkbox"/>	carbamazepine	14729709	5 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	clonazepam	14730928	0,025 mg	. , . . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	fenytoïne	15074773	1 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	gabapentine	16307860	5 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	phenobarbital	14736888	1 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	valproaat	14988747	5 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: