

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

**R/ RECEPT=BESTELFORMULIER**  **TAPERINGSTRIP antipsychotica** 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"/>	aripiprazol	16225244	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	clozapine	15592553	1 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	haloperidol	14729105	0,05 mg	. , . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	olanzapine	16328914	0,1 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	pipamperon	16654129	1 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	quetiapine	16375017	1 mg	. . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	risperidone	16413849	0,025 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: .....