

Na invullen deze pagina faxen naar **Regenboog Apotheek 0031-(0)85-2736129**
of scan en mail naar tapering@regenboogapothek.com

R/ RECEIPT (geneesmiddel invullen)



1a. Risicofactor: gemiste dosis angst afbouw eerder mislukt onderscheid slow metaboliser hoge dosis

1b. Tabletten zijn de meest geschikte toedieningsvorm, nadat vloeibare medicatie overwogen is: ja (aanvinken)

2. Voorletters en naam patiënt:

Geboortedatum: - - Geslacht: M / V BSN:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats: Land:

E-mailadres (**verplicht!**): Telefoon:

Patiënt geeft toestemming de afbouwmedicatie te ontvangen van de Regenboog apotheek. ja (vakje aankruisen)

Patiënt geeft toestemming voor informatie overdracht met lokale apotheek: ja (vakje aankruisen)

Lokale apotheek:

3. Naam voorschrijvend arts:

AGB-code of BIG-nummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres (**verplicht!**):

Telefoon:

4. Hieronder vindt u de afbouwschema's conform **Tabel 3** van het *Multidisciplinair Document Afbouwen SSRI's en SNRI's* (pag. 6)

TABEL 3 GAAT UIT VAN DE AFBOW VANAF STAP 1 (DEFINED DAILY DOSE = DDD).

ER ZIJN OOK PATIENTEN DIE AL OP EEN LAGERE DOSERING ZITTEN, BIJVOORBEELD STAP 2 (= LAAGSTE GEREgistREERDE DOSERING).

KRUIS HIERONDER AAN WELK MIDDEL U WILT AFBOWEN EN VERMELD ONDER DE TABEL DE STARTDOSERING

Kruis geneesmiddel aan:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CIT	EsCIT	FLV	PAR	SER	DUL	VLX
Stappen	mg/dag							
week 1		20	10	50	20	50	60	75
week 2		10	5	30	10	25	30	37,5
week 3		6	3	20	7	15	15	20
week 4		4	2	15	5	10	10	12
week 5		3	1,5	10	3	7,5	6	7
week 6		2	1	5	2	5	4	5
week 7		1	0,5	2,5	1	2,5	2	3
week 8		0,5	0,25	0	0,5	1,25	1	2
week 9		0	0		0	0	0	1
week10								0

STARTDOSERING VAN AFBOW CONFORM TABEL 3:.....

De strip met afbouwmedicatie voor het hele traject wordt in één keer uitgeleverd met alle stappen achter elkaar.

5. Bovenstaand afbouwtraject is conform het behandelprotocol en na overleg tussen arts en patiënt overeengekomen.

Datum: Stempel arts
(bij voorkeur):

Handtekening arts:

Verzendadres: Regenboog Apotheek, Antwoordnummer 16500, 4840 WJ BAVEL, Nederland