

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

R/ RECEPT (geneesmiddel invullen)



- 1a. Medische Noodzaak:** (aanvinken wat van toepassing is)
- Noodzakelijke dosis met beschikbare (geregistreerde) medicatie niet te realiseren
 - Patiënt dient te stabiliseren om vervolgens verder af te bouwen
 - Patiënt gaat medicatie chronisch (langere periode) gebruiken

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 het **geneesmiddel**, de **dosering** en de **duur van de behandeling** invullen:

GENEESMIDDEL:
DOSERING:mg
DUUR VAN BEHANDELING: **x 28 dagen** (leveringen altijd in veelvoud van 28 dagen)

De Stabilisatiestrip met op maat gemaakte medicatie wordt, indien het recept het toelaat, voor de periode van drie maanden geleverd.

5. Bovenstaand recept 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