

Aanvraagformulier advies SWITCHEN (geneesmiddel invullen)

Gaarne ontvang ik arts of patiënt (aanvinken) een advies voor het switchtraject van de onderstaande patiënt met volgende eigenschappen:

Patiënt kreeg het geneesmiddel voor de indicatie:
De patiënt is momenteel klachtenvrij: ja nee (aanvinken)
De reden(en) voor het switchen is (zijn):

Alle van toepassing zijnde hokjes aanvinken:

- 1a. Risicofactor:**
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> angst switchen | : | patiënt heeft aan angst voor switchen |
| <input type="checkbox"/> eerder mislukt | : | eerdere pogingen om te switchen zijn mislukt |
| <input type="checkbox"/> slow metaboliser | : | de laagste dosering geeft al een hoge plasmaconcentratie |
| <input type="checkbox"/> hoge dosis | : | de dosering was meer dan 6 maanden hoger dan 100% van de DDD |
| <input type="checkbox"/> eerder gewisseld | : | in het verleden is patiënt een keer geswitcht van psychofarmaca |
| <input type="checkbox"/> overige | : | ..... |

1b. Duur van geneesmiddelgebruik: <1 jaar 1-2 jaar 2-5 jaar 5-10 jaar >10 jaar

1c. Huidige inname geneesmiddel:

..... mg	tijdstip	..... uur	<input type="checkbox"/> switchen
..... mg	tijdstip	..... uur	<input type="checkbox"/> switchen
..... mg	tijdstip	..... uur	<input type="checkbox"/> switchen
..... mg	tijdstip	..... uur	<input type="checkbox"/> switchen

1d. De patiënt gaat switchen naar: (geneesmiddel) equivalente dosering
 andere dosering: mg
(aanvinken gewenste dosering)

1e. Overige orale medicatie:

..... (geneesmiddel)	..... mg per dag
..... (geneesmiddel)	..... mg per dag
..... (geneesmiddel)	..... mg per dag
..... (geneesmiddel)	..... mg per dag
..... (geneesmiddel)	..... mg per dag
..... (geneesmiddel)	..... mg per dag

1f. Overige informatie:
.....
.....

1g. Tabletten zijn de gewenste toedieningsvorm ja (aanvinken)

1h. Patiënt geeft toestemming voor informatie overdracht met lokale apotheek: ja (aanvinken)

Lokale apotheek:

1i. Naam zorgverzekeraar:

2. Voorletters en naam patiënt:

Geboortedatum: - - Geslacht: M / V BSN:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats: Land:

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

3. Naam voorschrijvend arts:

AGB code of BIG-nummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres (**verplicht**):

Telefoon:

Hierbij bevestig ik dat alle gevraagde informatie naar waarheid is verstrekt.

Datum: Stempel arts
(bij voorkeur):

Handtekening arts of patiënt: