

**Aanvraagformulier ADVIES AFBOUWEN**



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

Patiënt kreeg ..... (medicijn invullen)

voor de indicatie: .....

De patiënt is momenteel klachtenvrij:  ja  nee (aanvinken)

De reden(en) voor de afbouw is (zijn): .....

Alle van toepassing zijnde hokjes aanvinken:

- 1a. Risicofactor:**
- gemiste dosis : patiënt had al onttrekkingsverschijnselen na één gemiste inname
  - angst afbouw : patiënt heeft aan angst voor afbouwen
  - eerder mislukt : eerdere pogingen om te stoppen zijn mislukt
  - onderscheid : het is noodzakelijk onderscheid te kunnen maken tussen een terugval en onttrekkingsverschijnselen of rebound
  - slow metaboliser : de laagste dosering geeft al een hoge plasmaconcentratie
  - hoge dosis : de dosering was meer dan 6 maanden hoger dan 100% van de DDD
  - start : bij start van behandeling waren problemen met effect/bijwerkingen
  - eerder gewisseld : in het verleden is patiënt een keer geswitcht van psychofarmaca
  - overige : .....

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

**1c. Huidige inname medicatie**

..... mg	tijdstip .....	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering .....
..... mg	tijdstip .....	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering .....
..... mg	tijdstip .....	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering .....
..... mg	tijdstip .....	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering .....

**1d. Overige orale medicatie:**

..... (naam)	..... mg per dag
..... (naam)	..... mg per dag
..... (naam)	..... mg per dag
..... (naam)	..... mg per dag
..... (naam)	..... mg per dag
..... (naam)	..... mg per dag

**1e. Overige informatie:** .....

**1f. Tabletten zijn de gewenste toedieningsvorm**  ja (aanvinken)

**1g. Door de patiënt gewenste afbouwperiode:** ... maanden (aantal)

**1h. Patiënt geeft toestemming voor informatieoverdracht 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: .....