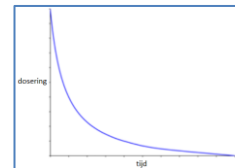


- Um eine verantwortungsvolle Beendigung der Medikamenteneinnahme zu gewährleisten, ist häufig ein schrittweises Absetzen oder Ausschleichen erforderlich. Wenn das Ausschleichen mit den verfügbaren normierten Dosierungen nicht erfolgreich ist oder zu starke Entzugsserscheinungen verursacht, kann eine Ausschleichmedikation (niedriger zusammengesetzte Dosierungen) verschrieben werden.
- Für das Ausschleichen gibt es zwei wissenschaftlich erprobte Verfahren:

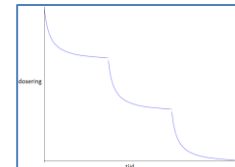
**Kurve nach dem Ashton-Handbuch:**

bei der der Verlauf des Ausschleichprogramms einer vollständigen hyperbolischen Kurve entspricht (kleinere Schritte zum Ende hin)



**Hyperbolisches Absetzen von normierter Dosis zu normierter Dosis.**

Diese Art des Ausschleichens führt zu kleinen, separaten, hyperbolischen Schritten von einer Dosis zur nächsten.



- Kästchen ankreuzen Risikofaktoren;** Dauer der Medikamenteneinnahme; aktuelle Dosis; Einnahmezeitpunkt(e)
- Die **Patientendaten** müssen entweder eingetragen werden oder ein Etikett mit Name, Adresse, Stadt, Land, Telefonnummer und E-Mail-Adresse beigefügt werden (obligatorisch für die Kommunikation mit dem Patienten).
- Die **Daten des Verordners** müssen von Hand oder mit entsprechenden Stempel eingetragen werden.
- Wählen Sie das Ausschleichprogramm in der Tabelle im Bestellformular aus; ausfüllen:
  - \* *Medizin (cross box)*
  - \* *Anfangsdosis*
  - \* *Enddosierung*
  - \* *Gewünschte Anzahl Streifen/Taperingstrips (in Vielfachen von 28 Tagen)*
- Vermerken Sie das Datum und lassen Sie den Arzt das Bestellformular unterschreiben und abstempeln (= gültiges Rezept). Anschließend senden Sie das Bestellformular per Fax oder E-Mail an die oben auf der Seite genannte Nummer/E-Mail-Adresse.

Um eine Beratung bezüglich eines verantwortungsvollen Tapering-Verlaufs anzufordern, siehe **Seite 2**

- Wichtig** ist das Ausfüllen des Selbstüberwachungsformulars während des Ausschleichprogramms. Dies bietet Patienten und Ärzten die Möglichkeit, Entzugssymptome möglichst schnell zu erkennen.  
**Im Falle von Entzugsserscheinungen:** Eine Verschlimmerung der Entzugssymptome oder das Scheitern des Ausschleichprogramms kann verhindert werden, indem der Patient stabilisiert (auf der niedrigsten Dosis ohne Entzugssymptome) und/oder ein Ausschleichprogramm mit mehr Schritten gewählt wird.

Für ein verantwortungsvolles Ausschleichprogramm gibt es folgende Streifen (alle sind 28 Tagen):

<b>Tapering-Strip</b>	Strip zur Reduzierung der Tagesdosis; Anfangs- und Enddosis sind normierte Dosen
<b>Stabilisierungs-Strip</b>	Strip zur Stabilisierung eines Patienten auf der gleichen Dosis (
<b>Wechsel-Strip</b>	Strip für eine verantwortungsvolle Umstellung auf ein anderes Medikament

## Konzepte

**Ausschleichmedikation** wurde entwickelt, um eine Möglichkeit zu bieten, die Einnahme von Medikamenten auf sichere und verantwortungsvolle Weise auszuschleichen bzw. zu reduzieren. Dieses Programm kann bei Bedarf angepasst und eingestellt werden. Die Festlegung des Ausschleichprogramms erfolgt auf der Grundlage einer *gemeinsamen Entscheidungsfindung* und (Selbst-)Überwachung; dies in Übereinstimmung mit genauen Leitlinien. In einem **Tapering-Strip** wird die Tagesdosis (Einnahme) entsprechend einer hyperbolischen Kurve verringert. Hyperbolisch bedeutet, dass die Schritte (Unterschied in der täglichen Einnahme) zum Ende hin kleiner werden. Dies ist notwendig, um die Entzugsserscheinungen so weit wie möglich zu vermeiden bzw. ihnen vorzubeugen. Ein **Ausschleichprogramm** kann aus einem oder mehreren Tapering-Strips bestehen, die nacheinander verwendet werden; unabhängig davon, ob in Kombination mit einem oder mehreren Stabilisierungs-Strips oder nicht. Ein **Stabilisierungs-Strip** kann, wenn Entzugssymptome auftreten, verschrieben werden, um einen Patienten auf einer bestimmten Dosis zu stabilisieren. Der Patient kann sich dann auf dieser Dosis stabilisieren, bevor er das (angepasste) Ausschleichprogramm fortsetzt.  
**Selbstüberwachung:** Der Ausschleichmedikation ist ein Formular zur Selbstüberwachung beigefügt. Dieses Formular muss einmal täglich ausgefüllt werden, damit Patient und Arzt die Schwere der möglichen Entzugssymptome (falls sie auftreten) überwachen können. Wenn der Schweregrad zunimmt, kann das Ausschleichprogramm angepasst werden, um Entzugsserscheinungen zu vermeiden.



Antrag auf BERATUNG ZUM AUSSCHLEICHEN (frei)

Ich,  Arzt oder  Patient (ankreuzen) wäre Ihnen für eine Empfehlung zum Ausschleichprogramm für den nachfolgend genannten Patienten mit den folgenden Eigenschaften dankbar:

Der Patient wird verschrieben: .....

Der Patient erhielt die Medizin aufgrund der Indikation: .....

Der Patient ist derzeit beschwerdefrei:  ja  nein (ankreuzen)

Der bzw. die Gründe für das Ausschleichen sind: .....

Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen:

- 1a. Risikofaktor:  Versäumte Dosis : Der Patient hatte bereits nach einer versäumten Einnahme Entzugserscheinungen
- Angst vor dem Ausschleichen : der Patient hat Angst vor dem Ausschleichen
- Zuvor gescheitert : Frühere Versuche, abzusetzen, sind gescheitert
- Unterscheidung : Es ist notwendig, zwischen einem Rückfall und Entzugserscheinungen oder Rebound unterscheiden zu können
- Langsamer Metabolisierer : Die niedrigste Dosis ergibt bereits eine hohe Plasmakonzentration
- Hohe Dosierung : Die Dosierung lag mehr als 6 Monate lang über 100 % der definierten Tagesdosis (DDD)
- Start : Zu Beginn der Behandlung gab es Probleme mit der Wirkung / Nebenwirkungen
- Früherer Wechsel : In der Vergangenheit hat der Patient einmal das Psychopharmakon gewechselt
- Sonstige .....

1b. Dauer der Einnahme:  <1 Jahr  1-2 Jahre  2-5 Jahre  5-10 Jahre  >10 Jahre

1c. Aktuelle Einnahme  
..... mg Zeitpunkt ... Uhr  ausschleichen gewünschte Enddosis .....  
..... mg Zeitpunkt ... Uhr  ausschleichen gewünschte Enddosis .....  
..... mg Zeitpunkt ... Uhr  ausschleichen gewünschte Enddosis .....  
..... mg Zeitpunkt ... Uhr  ausschleichen gewünschte Enddosis .....

1d. Sonstige orale Medikation:  
..... (Name) ..... mg pro Tag  
..... (Name) ..... mg pro Tag  
..... (Name) ..... mg pro Tag  
..... (Name) ..... mg pro Tag  
..... (Name) ..... mg pro Tag

1e. Sonstige Informationen: .....

1f. Tabletten sind die gewünschte Form der Verabreichung  ja (ankreuzen)

1g. Vom Patienten gewünschter Ausschleichzeitraum: .. Monate (Anzahl)

1h. Der Patient stimmt der Datenübermittlung an die lokale Apotheke zu:  ja (ankreuzen)

Lokale Apotheke: .....

1i. Name der Krankenversicherung: .....

2. Initialen und Name des Patienten: .....

Geburtsdatum: ..... - ..... - ..... Geschlecht:  M. /  F. IdNr.: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: ..... Land: .....

E-Mail-Adresse (obligatorisch): ..... Telefon: .....

3. Name des verordnenden Arztes: .....

Medizinische Registrierungsnummer: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: .....

E-Mail-Adresse (obligatorisch): ..... Telefon: .....

Ich bestätige hiermit, alle verlangten Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Datum: ..... Stempel des Arztes:  
(wie vom Arzt verordnet)

Unterschrift des Arztes oder des Patienten: .....

1. Eine plötzliche Beendigung oder eine plötzliche Reduzierung der Dosierung kann zu erheblichen Entzugerscheinungen führen. Um dies zu vermeiden, sollte die Einnahmedosis in kleinen Schritten über einen bestimmten Zeitraum hinweg allmählich reduziert werden. Dies ist mithilfe von Taperingstrips™ möglich.
2. Ein oder mehrere Taperingstrips™ können verwendet werden, um die Dosis schrittweise auf eine gewünschte niedrigere Dosis oder auf null zu reduzieren. Werden mehrere Streifen verwendet, setzt sich die Reduzierung beim Übergang von einem Streifen zum anderen Streifen (z. B. vom ersten zum zweiten Streifen) fort. Wenn es sich bei der Ausschleichen um eine hyperbolische Kurve handelt, enthält der erste Beutel des nächsten Streifens die gleiche oder eine niedrigere Dosis als der letzte Beutel des vorherigen Streifens. Wenn Sie Ausschleichen von Dosis zu Dosis, enthält der erste Beutel des nächsten Streifens dieselbe Dosis wie der letzte Beutel des vorherigen Streifens. Darauf ist bei jedem Einnahmezeitpunkt zu achten (bei mehr als einer Einnahme pro Tag).
3. Der behandelnde Arzt (Psychiater oder Allgemeinmediziner) sollte den Ausschleichplan gemeinsam mit dem Patienten planen. Es ist nicht möglich, den perfekten Zeitplan für jeden Patienten vorherzusagen. Manche Patienten reagieren empfindlicher auf Entzugssymptome als andere und manche Patienten kommen mit den Symptomen besser zurecht als andere. Das Risiko von Entzugerscheinungen und deren Intensität kann durch die Wahl eines schrittweisen Ausschleichplans reduziert werden.
4. Taperingstrips™ sind nur auf Rezept erhältlich. Das vom Arzt unterzeichnete Bestellformular wird als gültiges Rezept angesehen. Nach dem Ausfüllen des Formulars sollte der behandelnde Arzt ein in der örtlichen Apotheke eventuell bestehendes Rezept aufheben.
5. In den meisten Ländern werden die Kosten für die Medikation in den Taperingstrips™ von den Krankenkassen übernommen. Tapering- und Stabilisierungs-Strips enthalten Medikation für einen festen Zeitraum von 28 Tagen, alle Strips haben den gleichen Preis.
6. Nach dem Eingang des Bestellformulars/Rezepts bei der Regenboog Apotheek senden wir Ihnen eine Rechnung. Nach dem Zahlungseingang wird der Taperingstrip™ an die Wohnanschrift des Patienten verschickt. Vorab erhält der Patient per Email eine Rechnung und eine schriftliche Erläuterung.
7. Ein Taperingstrip™ enthält 28 nummerierte Beutel, wobei jeder Beutel eine oder mehrere Tabletten enthält. Die Anzahl der Tabletten kann pro Tag variieren. Die Gesamtdosis der Medikation verringert sich im Laufe der Zeit, wenn der Patient die Tabletten aus den einzelnen Tagesbeuteln einnimmt.
8. Der Patient beginnt mit der Einnahme der Tabletten im ersten Beutel mit der Nummer 028 (vorzugsweise) an einem Sonntag. **Durch Rückwärtszählen** beendet der Patient die Einnahme vier Wochen später an einem Samstag, indem er die Tabletten aus dem letzten Beutel mit der Nummer 001 einnimmt. Auf diese Weise kann der Patient leicht verfolgen, wie viele Dosen und Tage noch übrig sind.
9. Jeder Beutel des Strips ist mit der laufenden Nummer, der Farbe und Stärke der einzelnen Tabletten, der Gesamtzahl der Tabletten und dem Namen der Apotheke beschriftet.
10. **STABILISIERUNG:** Mit einem Stabilisierungs-Strip kann der Patient für einen gewünschten Zeitraum eine feste Dosis erhalten. Eine solche Stabilisierung kann notwendig sein, wenn das Ausschleichen für den Patienten zu schnell geht oder der Patient die Dosis nicht auf null reduzieren, sondern bei einer optimalen niedrigeren Dosis bleiben möchte. Der Stabilisierungs-Strip kann in fast jeder gewünschten Dosis hergestellt werden.
11. **WICHTIGER HINWEIS: Taperingstrips™ sind nicht dazu vorgesehen, die medizinische Versorgung durch einen Arzt zu ersetzen. Eine sorgfältige Beratung und Überwachung des Patienten ist während und nach der Behandlung mit Tapering-Strips weiterhin unerlässlich.**

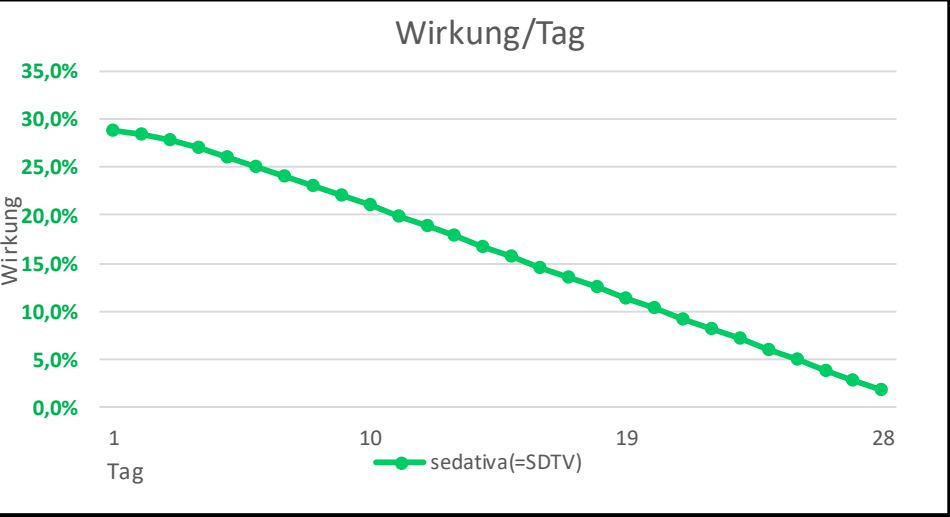
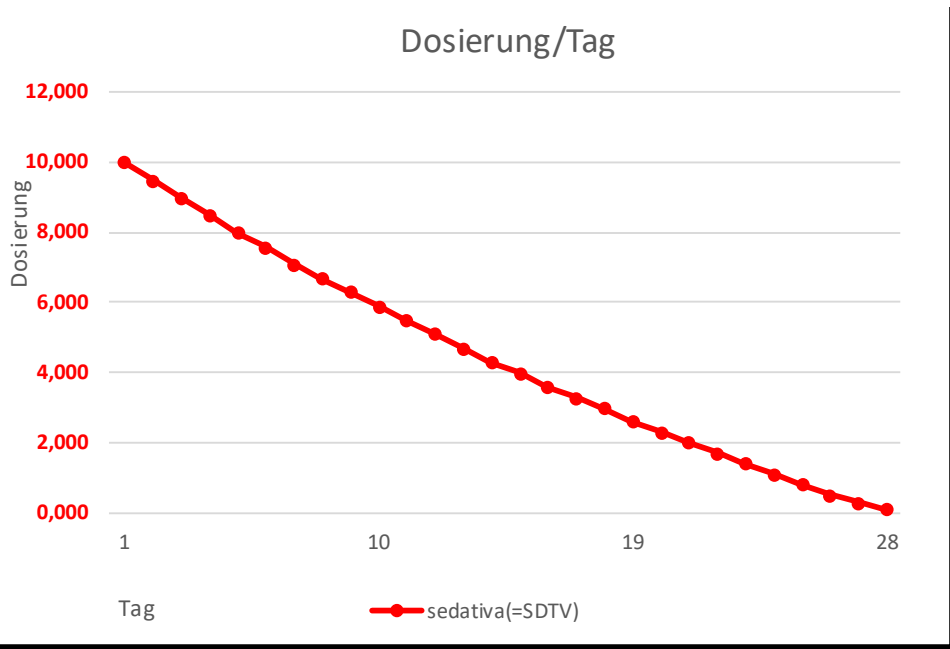
Bitte beachten: Die Behandlung mit dem Taperingstrip™ unterstützt das Ausschleichen der Medikation und reduziert Entzugerscheinungen auf ein Minimum. Wenn Entzugerscheinungen auftreten, sind sie nicht so intensiv und lang anhaltend wie bei einem traditionellen Ausschleichverfahren. Dies erleichtert es dem behandelnden Arzt, einen Rückfall (z. B. ein Wiederauftreten von Depressionen oder Angstzuständen) zu erkennen und rechtzeitig zwischen Rückfall und Entzugerscheinungen zu unterscheiden.

Zwischen dem Auftreten von Entzugssymptomen und einem Rückfall gibt es einen deutlichen zeitlichen Unterschied. Entzugssymptome treten in der Regel kurz oder unmittelbar nach Beginn des Ausschleichens auf. Ein Rückfall tritt in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt auf, häufig nach Abschluss des Ausschleichens. Während Entzugssymptome mit der Zeit abnehmen und verschwinden, bleiben die Symptome bei einem Rückfall meist bestehen und können sich sogar noch verschlimmern.

Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die Regenboog Apotheek (Regenbogen-Apotheke) unter [tapering@regenboogapotheek.com](mailto:tapering@regenboogapotheek.com) oder + 31-(0)161-745 061.

**12. Effekt-Tabelle\*** in Abhängigkeit von der täglichen Änderung (Reduzierung) der Dosis von des Arzneimittels in 28 Tagen.

sedativa(=SDTV)		
Beutel	Dosierung (mg)	Wirkung
28-01	10,000	28,82%
27-01	9,500	28,43%
26-01	9,000	27,79%
25-01	8,500	26,98%
24-01	8,000	26,05%
23-01	7,600	25,11%
22-01	7,100	24,08%
21-01	6,700	23,07%
20-01	6,300	22,05%
19-01	5,900	21,03%
18-01	5,500	19,98%
17-01	5,100	18,92%
16-01	4,700	17,84%
15-01	4,300	16,72%
14-01	4,000	15,69%
13-01	3,600	14,59%
12-01	3,300	13,55%
11-01	3,000	12,54%
10-01	2,600	11,42%
09-01	2,300	10,35%
08-01	2,000	9,29%
07-01	1,700	8,23%
06-01	1,400	7,17%
05-01	1,100	6,09%
04-01	0,800	4,99%
03-01	0,500	3,88%
02-01	0,300	2,88%
01-01	0,100	1,96%



\* Der „Effekt“ zeigt die Besetzungsrates des Rezeptors (in Prozentpunkten), an den das Medikament bindet, in Abhängigkeit von der Tagesdosis; von der niedrigsten normierten Dosis bis 0. Die Veränderung (Reduzierung) sollte so **allmählich** wie möglich erfolgen, um Entzugserscheinungen so weit wie möglich zu vermeiden. Dies wird erreicht, indem die Dosis anhand einer hyperbolischen Funktion gesenkt wird. Hyperbolisch bedeutet, dass die Schritte (Veränderung in der täglichen Einnahme) zum Ende hin kleiner werden.

## Erklärung von Tabletten in hyperbolischer Ausschleichprogramm

**Aufbau:** Dosierung erhöhen → Beginnen Sie mit der Beutel 01-01  
**Tapering** (ausschleichen): Dosierung reduzieren → Beginnen Sie mit der Beutel 28-01

Aufbau	Planen	Beutel Nr	SDTV mg	10 mg	5 mg	2 mg	1 mg	0,5 mg	0,2 mg	0,1 mg
Saturday/Samstag	Sunday/Sonntag	28-01	10	1						
Friday/Freitag	Monday/Montag	27-01	9,5		1	2		1		
Thursday/Donnerstag	Tuesday/Dienstag	26-01	9		1	2				
Wednesday/Mittwoch	Wednesday/Mittwoch	25-01	8,5		1	1	1	1		
Tuesday/Dienstag	Thursday/Donnerstag	24-01	8		1	1	1			
Monday/Montag	Friday/Freitag	23-01	7,6		1	1		1		1
Sunday/Sonntag	Saturday/Samstag	22-01	7,1		1	1				1
Saturday/Samstag	Sunday/Sonntag	21-01	6,7		1		1	1	1	
Friday/Freitag	Monday/Montag	20-01	6,3		1		1		1	1
Thursday/Donnerstag	Tuesday/Dienstag	19-01	5,9		1			1	2	
Wednesday/Mittwoch	Wednesday/Mittwoch	18-01	5,5		1			1		
Tuesday/Dienstag	Thursday/Donnerstag	17-01	5,1		1					1
Monday/Montag	Friday/Freitag	16-01	4,7			2		1	1	
Sunday/Sonntag	Saturday/Samstag	15-01	4,3			2			1	1
Saturday/Samstag	Sunday/Sonntag	14-01	4			2				
Friday/Freitag	Monday/Montag	13-01	3,6			1	1	1		1
Thursday/Donnerstag	Tuesday/Dienstag	12-01	3,3			1	1		1	1
Wednesday/Mittwoch	Wednesday/Mittwoch	11-01	3			1	1			
Tuesday/Dienstag	Thursday/Donnerstag	10-01	2,6			1		1		1
Monday/Montag	Friday/Freitag	09-01	2,3			1			1	1
Sunday/Sonntag	Saturday/Samstag	08-01	2			1				
Saturday/Samstag	Sunday/Sonntag	07-01	1,7				1	1	1	
Friday/Freitag	Monday/Montag	06-01	1,4				1		2	
Thursday/Donnerstag	Tuesday/Dienstag	05-01	1,1				1			1
Wednesday/Mittwoch	Wednesday/Mittwoch	04-01	0,8					1	1	1
Tuesday/Dienstag	Thursday/Donnerstag	03-01	0,5					1		
Monday/Montag	Friday/Freitag	02-01	0,3						1	1
Sunday/Sonntag	Saturday/Samstag	01-01	0,1							1
				1	11	20	10	12	13	13

Nachdem Sie diese Seite ausgefüllt haben, scannen Sie sie und senden Sie sie per E-Mail an tapering@regenboogapotheek.com oder Faxen Sie es an +31 85-2736129 (beide Kanäle sind gesichert).

**REZEPT**



(Das Medikament wird versendet, sobald die Zahlung eingegangen ist.)

Dauer der Medikamenteneinnahme:  <1 Jahr  1-2 Jahre  2-5 Jahre  5-10 Jahre  >10 Jahre

Risikofaktor:  verpasste Dosis  Angstminderung  früheres Scheitern  Unterscheidung  langsamer Metabolisierer  hohe Anfangsdosis

Initialen und Patientenname\*: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)\*: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht\*:  M  F  
 Straße und Hausnummer\*: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl und Wohnort\*: \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse\*: \_\_\_\_\_  
 Lokale Apotheke: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

Der Patient erteilt sein Einverständnis, das Medikament von der Regenboog-Apotheke zu erhalten\*  Ja  
 Der Patient stimmt der Informationsweitergabe an die Apotheke vor Ort zu\*  Ja

Name des verschreibenden Arztes: \_\_\_\_\_  
 Registrierungsnummer des Arztes\* \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer\*: \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl und Wohnort\*: \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse\*: \_\_\_\_\_  
 Telefon\*: \_\_\_\_\_  
 Datum (TT-MM-JJJJ)\*: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Stempelarzt (bevorzugt) \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt\*:

Verabreichen Sie das Medikament mit einem hyperbolischen Dosisabfall oder  linearem Dosisabfall.  
 Wir senden dem Patienten das Medikament zu, wenn es sich bei dem Medikament nicht um ein kontrolliertes Medikament handelt.

**\* obligatorisch**

**Füllen Sie die ROTEN Spalten aus**

Medizin ankreuzen	Medizin (mg)	DDD	Dosierung (aufbauen/reduzieren/stabilisieren)				Gesamtdauer des Taperings		Durchschnittliche Tapering-Periode von DDD → n	Periodenanpassung bei + oder - 1/2 DDD***
			Kleinste Dosis auf dem Markt (mg)	Niedrigste Dosis im Streifen (mg)	Anfangsdosis (mg)	Enddosierung (mg)	gewünschte Anzahl Streifen	Anzahl der Tage pro Streifen		
<input type="checkbox"/>	alprazolam**	1	0,25	0,01	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	bromazepam**	10	3	0,1	____, ____	____, ____	in Entwicklung (3-12 Monat)		4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	chloordiazepoxide**	30	5	0,5	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	diazepam**	10	2	0,1	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	flurazepam**	30	15	0,1	____, ____	____, ____	in Entwicklung (3-12 Monat)		4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	lorazepam**	2,5	1	0,05	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	midazolam**	15	7,5	0,1	____, ____	____, ____	in Entwicklung (3-12 Monat)		4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	nitrazepam**	5	5	0,5	____, ____	____, ____	in Entwicklung (3-12 Monat)		4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	oxazepam**	50	10	0,1	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	temazepam**	20	10	0,1	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	zolpidem**	10	5	0,1	____, ____	____, ____	in Entwicklung (3-12 Monat)		4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
<input type="checkbox"/>	zopiclon**	7,5	3,75	0,1	____, ____	____, ____	____	x28 Tagen	4 x 28 Tagen	+/- 28 Tagen
			Bitte ins Sortiment aufnehmen							

\*\* Der Patient muss die Medikamente bei Amsterdam Schiphol Airport (AMS) oder der Regenboog Apotheke abholen.

\*\*\* wenn die Dosierung höher ist als DDD: Fügen Sie eine zusätzliche Taperingstrip pro 1/2 DDD hinzu.

\*\*\* wenn die Dosierung geringer ist als DDD: Reduzieren Sie eine Taperingstrip pro 1/2 DDD.



J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137  
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

KWITANTIE VOOR: DATUM: xx-xx-xxxx

E Example  
 Brigidastraat 12  
 4854 CT Bavel

Arts	Zi-nr	Omschrijving	Materiaal	Tarief WMG	Bijbet.	Prestatiekoppelnr	Bedrag	BTW
		Betreft E Example, 01-01-2001/V BSN:			(Invoice for Insurance Company			
S/SPBUI		1ST Medication Tapering 28 days		95,00		VRB03407100230623	95,00	0,00

**FRR03407**

Voorschrift van:

H = Huisarts HS = Huisarts op advies specialist  
 S = Specialist HV = Handverkoop  
 V = Verloskundige P = Psychiater / Neuroloog  
 T = Tandarts

Bank NL70RABO039.50.37.679  
 KvK 20060757  
 BTW NL0087.63.914.B.01

RECEPTNUMMER

TE BETALEN

37022099P/FRB03407

95,00

Algemene Verkoop- en Betalingsvoorwaarden zijn op 1 februari 2009 gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage (HR 40 409 373)

J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137  
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

**Data of pharmacy and Registered Pharmacists**

E Example  
 Brigidastraat 12  
 4854 CT Bavel

**Personal data of patient (address)**

**FRR03407** & 37022099P/FRB03407

**Invoice number**

Bank NL70RABO039.50.37.679

**IBAN**

KvK 20060757

**Registration number Chamber of Commerce**

NEDERLANDS	ENGLISH	DEUTSCH	FRANCAIS
Kwitantie	Receipt	Quittung	Reçu
Datum	Date	Datum	Date
Arts	Physician	Arzt	Médecin
Zi-nr	Medicine number	Medikamentennummer	Numéro de médicament
Omschrijving	Description medication	Beschreibung	Description
Tarief WMG	Rate	Rate	Taux
Prestatiekoppelnr.	Correlated handling no.	Leistungszahl	Numéro de prestation
Bedrag	Amount	Menge	Montant
BTW	VAT	MwSt	T.V.A.
Te betalen	To pay	Zu zahlen	à payer