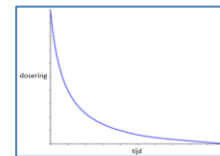


1. A menudo es necesario hacer una reducción gradual de la dosis con el fin de garantizar la retirada responsable de un medicamento: Si la reducción gradual con las dosis registradas disponibles no sale bien, o si causa demasiados síntomas de abstinencia, se puede prescribir una medicación de reducción gradual (menores dosis combinadas).
2. La reducción gradual puede hacerse mediante dos métodos científicamente comprobados:

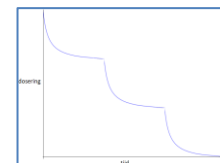
Directrices de prescripción de Maudsley:

La trayectoria de reducción gradual consta de una trayectoria hiperbólica completa (pasos más pequeños hacia el final)



Reducción hiperbólica de una dosis registrada a otra.

Reducción gradual en pequeñas trayectorias hiperbólicas distintas de una dosis a otra.



3. **Marcar casillas de factores de riesgo;** indicación médica, duración de uso del medicamento
4. Se deben cumplimentar los **datos del paciente** o adjuntar una etiqueta con nombre, dirección, ciudad, país, número de teléfono y dirección de correo electrónico (obligatorio para contactar con el paciente).
5. Se deben cumplimentar los **datos del emisor de la prescripción (psiquiatra o médico)** o colocar un sello con la información.
6. Seleccione la trayectoria de reducción gradual en la **Tabla 4**. Rellene los siguientes datos:
 - * *Medicamento* (marcar casilla)
 - * *Tiempo de ingesta* (la reducción gradual se realiza por momento de ingesta, introduzca el momento de ingesta que se reducirá)
 - * *Inicio de la dosis*
 - * *Fin de la dosis*
 - * *Duración requerida de la trayectoria de reducción gradual* (en múltiplos de 28 días)
7. Mencione la fecha y pida al médico que firme y selle el formulario de pedido (= prescripción válida). Después envíe el formulario de pedido por correo electrónico o fax a la dirección de correo electrónico o al número de fax que figura en la parte superior de la hoja.

Para solicitar asesoramiento sobre una trayectoria de reducción gradual responsable, consulte la **página 2**.

8. Es **importante** que se cumplimente el formulario de autoseguimiento durante la trayectoria de reducción gradual. Esto permite que los pacientes y médicos detecten los síntomas de abstinencia cuanto antes.
En caso de haber síntomas de abstinencia: Se pueden evitar el empeoramiento de los síntomas de abstinencia o el fracaso de la trayectoria de reducción gradual estabilizando al paciente (con la dosis menor sin síntomas de abstinencia) y/o seleccionando una trayectoria de reducción más gradual.

Para seguir una trayectoria de reducción responsable se pueden prescribir las siguientes tiras:

Tira de reducción gradual	Tira de 28 días con dosis de inicio y de finalización elegidas
Tira de estabilización	Tira de 28 días para estabilizar un paciente en la misma dosis (durante 28 días)
Tira de cambio	Tira para cambiar de forma responsable de un medicamento a otro en 28 días

Conceptos

La reducción gradual de la medicación se idea para dar la oportunidad de reducir/disminuir el uso de un medicamento de una forma responsable. La trayectoria se puede personalizar y ajustar en caso necesario. La selección de la trayectoria de reducción gradual se hace sobre la base de la *toma de decisiones conjunta* y el (auto)seguimiento; todo ello conforme a las directrices actuales.

En una **tira de reducción gradual** la dosis diaria (toma) se reduce siguiendo una curva hiperbólica. Hiperbólica significa que los pasos (la diferencia en la dosis diaria) se vuelven menores hacia el final. Esto es necesario para evitar/prevenir los síntomas de abstinencia en la medida de lo posible.

Una **trayectoria de reducción gradual** puede constar de una o más **tiras de reducción gradual**, empleadas secuencialmente, solas o en combinación con una o más tiras de estabilización.

Cuando aparecen síntomas de abstinencia, puede prescribirse una **tira de estabilización** para estabilizar a un paciente en una dosis concreta. Entonces el paciente puede estabilizarse con esa dosis antes de seguir la trayectoria de reducción gradual (ajustada).

Autoseguimiento: junto con la medicación de reducción gradual se adjunta un formulario de autoseguimiento. Ese formulario debe cumplimentarse una vez al día para que el paciente y el médico puedan monitorizar la gravedad de los posibles síntomas de abstinencia (en caso de haberlos). Si la gravedad aumenta, pueden hacerse ajustes a la trayectoria de reducción gradual para prevenir esos síntomas de abstinencia.

Formulario de solicitud para RECOMENDACIONES DE REDUCCIÓN GRADUAL

Yo, ☐ médico o ☐ paciente (marcar la casilla) quisiera recibir una recomendación para un programa de reducción gradual para el siguiente paciente, con las siguientes especificaciones:

Al paciente se le prescribió: (rellenar el medicamento para la reducción gradual)

con la siguiente indicación:

El paciente actualmente no presenta síntomas: ☐ sí ☐ no (marcar la casilla)

Los motivos de la reducción gradual son:

Compruebe todas las posibles casillas:

- 1a. Factor de riesgo:**
- | | |
|---|--|
| ☐ dosis omitida | : el paciente ya ha experimentado síntomas de abstinencia tras omitirse una sola dosis. |
| ☐ miedo a la reducción gradual | : el paciente ha indicado que tiene miedo de la reducción gradual |
| ☐ fracaso pasado | : los anteriores intentos de dejar los medicamentos fracasaron |
| ☐ distinción | : es necesario establecer una distinción entre una recaída y unos síntomas de abstinencia o rebote |
| ☐ metabolizador lento | : la dosis más baja ya produce una concentración plasmática elevada |
| ☐ dosis alta | : la dosis fue superior al 100% de la dosis definida diaria (DDD) durante más de 6 meses |
| ☐ inicio | : hubo problemas con los efectos/efectos secundarios al inicio del tratamiento |
| ☐ cambio de medicamento previo | : el paciente ha cambiado de medicación psiquiátrica una vez en el pasado |
| ☐ otro | |

1b. Duración de uso del medicamento: ☐ <1 año ☐ 1-2 años ☐ 2-5 años ☐ 5-10 años ☐ >10 años

1c. Uso actual del medicamento:

..... mg hora del día	☐ reducción gradual	dosis final deseada	
..... mg hora del día	☐ reducción gradual	dosis final deseada	
..... mg hora del día	☐ reducción gradual	dosis final deseada	
..... mg hora del día	☐ reducción gradual	dosis final deseada	

1d. Otros medicamentos orales:

..... (nombre)	 mg por día
..... (nombre)	 mg por día
..... (nombre)	 mg por día
..... (nombre)	 mg por día
..... (nombre)	 mg por día

1e. Otra información:
.....
.....

1f. La administración deseada de la medicación es en comprimidos ☐ Sí (marcar la casilla)

1g. Período de reducción gradual deseado por el paciente: meses (número)

1h. El paciente consiente la transferencia de información con la farmacia local: ☐ Sí (marcar la casilla)

Farmacia local:

1i. Empresa de seguro de salud:

2. Iniciales y nombre del paciente:
Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA): - - Sexo: ☐ H / ☐ M Número de seguridad social:
Nombre y número de la calle:
Código postal y ciudad: País:
Dirección de correo electrónico (**obligatorio**): Teléfono:

3. Nombre del médico encargado de la prescripción:
Número de registro médico:
Nombre y número de la calle:
Código postal y ciudad: País:
Dirección de correo electrónico (**obligatorio**): Teléfono:

Por la presente confirmo que toda la información solicitada se ha facilitado de manera veraz.

Fecha: Sello del médico:
(si lo solicita el médico)

Firma del solicitante:

1. Finalizar repentinamente el tratamiento o una reducción brusca de la dosis puede provocar síntomas de abstinencia significativos. Para evitarlo, la dosis de toma se debe reducir de forma gradual en pequeños pasos a lo largo de cierto período de tiempo. Esto se puede hacer usando tiras Taperingstrips™.
2. Se pueden usar una o más Taperingstrips™ para reducir de forma gradual la dosis a una dosis más baja o a cero. Si disminuye la dosis con una trayectoria hiperbólica y utiliza más de una tira de reducción gradual, la primera bolsa de la siguiente tira contiene una dosis igual o inferior a la de la última bolsa de la tira anterior (por ejemplo, si pasas de la primera tira a la segunda). Si se reduce de dosis en dosis (varias trayectorias hiperbólicas más pequeñas), la primera bolsa de la siguiente tira contiene una dosis igual a la última bolsa de la tira anterior. Esto debe hacerse para cada momento de toma (si hay más de una toma al día).
3. El médico encargado del tratamiento (psiquiatra o médico) debe planificar la trayectoria de reducción gradual junto con el paciente. No es posible prever el programa perfecto para cada paciente. Algunos pacientes son más sensibles a los síntomas de abstinencia que otros y algunos pacientes se enfrentan a los síntomas mejor que otros. El riesgo de síntomas de abstinencia y su intensidad se puede reducir eligiendo una trayectoria de reducción más gradual.
4. Las tiras Taperingstrips™ solo están disponibles bajo prescripción. El formulario de pedido firmado por el médico es una prescripción válida. Después de completar el formulario, el médico encargado del tratamiento debe suspender cualquier prescripción actual de medicamento en la farmacia local.
5. En la mayoría de los países, los costes de los medicamentos de las Taperingstrips™ están cubiertos por el seguro de salud. Las tiras de reducción gradual y estabilización contienen medicación para un período fijo de 28 días. Todas las tiras de reducción gradual tienen el mismo precio, al igual que las tiras de estabilización.
6. Una vez que Regenboog Apotheek haya recibido el formulario de pedido/prescripción, enviaremos una factura. Una vez recibido el pago, la(s) Taperingstrip™ se enviará(n) al domicilio del paciente. El paciente recibirá de antemano una factura y una explicación por correo electrónico.
7. Una Taperingstrip™ contiene 28 bolsas numeradas y cada bolsa contiene uno o varios comprimidos. El número de comprimidos puede variar según el día. La dosis total del medicamento se reduce con el tiempo a medida que el paciente toma los comprimidos en cada bolsa diaria.
8. El paciente comienza su programa de reducción (preferiblemente) un domingo tomando los comprimidos de la primera bolsa, la número 028. **Al seguir una cuenta atrás** el paciente termina un sábado, cuatro semanas más tarde, tomando los comprimidos de la última bolsa, la número 001. Al hacer esto, el paciente puede realizar un seguimiento de cuántas dosis y días quedan.
9. Cada bolsa de la tira se imprime con el número de secuencia, el color y la dosis de cada comprimido, el número total de comprimidos y el nombre de la farmacia.
10. **ESTABILIZACIÓN:** Una tira de estabilización puede mantener al paciente en una dosis fija durante un período de tiempo deseado. Dicha estabilización puede ser necesaria si parece que la reducción va demasiado rápido para el paciente, o si el paciente no desea reducir la dosis a cero, pero permanece en una dosis óptima más baja. La tira de estabilización se puede producir en casi cualquier dosis deseada.
11. **AVISO IMPORTANTE:** Taperingstrips™ no pretende reemplazar la atención médica proporcionada por un médico. El asesoramiento y el seguimiento cuidadosos del paciente siguen siendo esenciales durante y después del tratamiento con las tiras de reducción gradual.

Tenga en cuenta: El tratamiento con Taperingstrip™ ayuda a reducir la medicación, disminuyendo al mínimo los síntomas de la abstinencia. Si aparecen síntomas de abstinencia no serán tan intensos ni prolongados como durante un método de reducción gradual tradicional. Esto hará que sea más fácil para el médico encargado del tratamiento reconocer una recaída (como el regreso de la depresión o la ansiedad) y distinguir a tiempo entre los síntomas de recaída o abstinencia.

Hay una diferencia temporal notable entre la aparición de los síntomas de abstinencia y recaída. Los síntomas de abstinencia por lo general ocurren poco o inmediatamente después del inicio de la reducción. La recaída generalmente ocurre en una etapa posterior, a menudo después de que se haya completado la reducción gradual. Mientras que los síntomas de abstinencia se vuelven menos graves y desaparecen con el tiempo, los síntomas como resultado de una recaída tienden a persistir e incluso pueden empeorar.

Si tiene alguna pregunta o si necesita más información, comuníquese con Regenboog Apotheek (Rainbow Pharmacy) en tapering@regenboogapotheek.com o + 31-(0)161-745 061.

12. **Efecto Tabel*** como función del cambio diario (reducción) en la dosis del medicamento en 28 días.



* «Efecto» muestra la tasa de ocupación del receptor (en porcentajes) al que se une el medicamento como una función de la dosis diaria, desde la dosis menor registrada hasta 0. El cambio (la disminución) debe ser lo más gradual posible a fin de prevenir los síntomas de abstinencia en la medida de lo posible. Esto se logrará reduciendo la dosis de acuerdo con una función hiperbólica. Hiperbólica significa que los pasos (el cambio en la toma diaria) se vuelven menores hacia el final.

Explicación de los comprimidos en la trayectoria hiperbólica

Preparación: Aumento de la dosis → empezar con la bolsa 01-01

Reducción gradual: Reducción de la dosis → empezar con la bolsa 28-01

estructura	eliminando	bolsa no	SDTV mg	10 mg	5 mg	2 mg	1 mg	0,5 mg	0,2 mg	0,1 mg
Sabado	El domingo	28-01	10	1						
El viernes	El lunes	27-01	9,5		1	2		1		
El jueves	El martes	26-01	9		1	2				
Miercoles	Miercoles	25-01	8,5		1	1	1	1		
El martes	El jueves	24-01	8		1	1	1			
El lunes	El viernes	23-01	7,6		1	1		1		1
El domingo	Sabado	22-01	7,1		1	1				1
Sabado	El domingo	21-01	6,7		1		1	1	1	
El viernes	El lunes	20-01	6,3		1		1		1	1
El jueves	El martes	19-01	5,9		1			1	2	
Miercoles	Miercoles	18-01	5,5		1			1		
El martes	El jueves	17-01	5,1		1					1
El lunes	El viernes	16-01	4,7			2		1	1	
El domingo	Sabado	15-01	4,3			2			1	1
Sabado	El domingo	14-01	4			2				
El viernes	El lunes	13-01	3,6			1	1	1		1
El jueves	El martes	12-01	3,3			1	1		1	1
Miercoles	Miercoles	11-01	3			1	1			
El martes	El jueves	10-01	2,6			1		1		1
El lunes	El viernes	09-01	2,3			1			1	1
El domingo	Sabado	08-01	2			1				
Sabado	El domingo	07-01	1,7				1	1	1	
El viernes	El lunes	06-01	1,4				1		2	
El jueves	El martes	05-01	1,1				1			1
Miercoles	Miercoles	04-01	0,8					1	1	1
El martes	El jueves	03-01	0,5					1		
El lunes	El viernes	02-01	0,3						1	1
El domingo	Sabado	01-01	0,1							1
				1	11	20	10	12	13	13

Después de completar esta página, escanéela y envíela por correo electrónico a tapering@regenboogapotheek.com o envíelo por fax al +31 85-2736129 (ambos canales son seguros).

PRESCRIPCIÓN

(El medicamento se enviará una vez recibido el pago).



Duración del uso de medicamentos: ☐ <1 año ☐ 1-2 años ☐ 2-5 años ☐ 5-10 años ☐ >10 años

Factor de riesgo: ☐ dosis omitida ☐ reducción de la ansiedad ☐ falla antes ☐ distinción ☐ metabolizador lento ☐ dosis inicial alta

Iniciales y nombre del paciente.*:

fecha de nacimiento (DD_MM_AAAA)*: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Sexo*: ☐ M ☐ F

Calle y número de casa*:

Código postal y dirección*:

Dirección de correo electrónico*:

farmacia local:

El paciente da permiso para recibir el medicamento de la farmacia Regenboog.*

☐ Si

El paciente da su consentimiento para la transferencia de información a la farmacia local.*

☐ Si

Nombre del médico que prescribe*:

Número de registro del médico*:

Calle y número de casa*:

Código postal y dirección*:

Dirección de correo electrónico

Teléfono*:

Fecha (DD_MM_AAAA)*: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Doctor en estampillas (preferido)

firma doctor*:

Administre el medicamento con una caída hiperbólica de la dosis o una caída lineal de la dosis.

Enviaremos el medicamento al paciente si el medicamento no es un medicamento controlado.

* obligatorio

Complete las columnas ROJAS - TENGA EN CUENTA: Complete un formulario de receta por momento de admisión

Medicina de caja cruzada	DDD (mg)	Dosis (aumentar/reducir/estabilizar)					Duración total de la reducción gradual		Período medio de reducción gradual
		La dosis más pequeña del mercado.	Dosis más baja en tira (mg)	momento de ingesta	dosis inicial (mg)	dosis final (mg)	Número de tiras	Número de días por tira	
☐ alprazolam**	1	0,25	0,01	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ alprazolam_retard**	1	0,5	0,05	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ bromazepam**	10	3	0,05	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ chloordiazepoxide**	30	5	1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ clobazam**	20	10	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ clorazepinezuur**	20	5	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ diazepam**	10	2	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ estazolam**	3	1	0,01	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ flunitrazepam**	1	1	0,01	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ flurazepam**	30	15	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ hydroxyzine	75	10	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ loprazolam**	1	1	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ lorazepam**	2,5	1	0,05	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ lormetazepam**	1	1	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ midazolam**	15	7,5	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ nitrazepam**	5	5	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ oxazepam**	50	10	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ prazepam**	30	10	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ promethazine	50	25	0,5	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	0 x 28 días
☐ temazepam**	20	10	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ triazolam**	0,25	0,125	0,01	_ _ : _ _	_ , _ _ _	_ , _ _ _	en desarrollo (3-12 meses)		
☐ zolpidem**	10	5	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
☐ zopiclon**	7,5	3,75	0,1	_ _ : _ _	_ _ , _ _	_ _ , _ _	_ _	28 días	6 x 28 días
				Por favor incluya en el surtido					

** El paciente debe recoger la medicación controlada en el aeropuerto Schiphol de Ámsterdam (AMS) o en Regenboog Pharmacy.

*** Si la dosis es superior a la DDD:

Añada una tira de reducción gradual extra cada 1/2 DDD.

*** Si la dosis es inferior a la DDD:

Reduzca una tira de reducción gradual cada 1/2 DDD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

para la reducción de la medicación usando Taperingstrips

Al firmar este formulario, usted reconoce que renuncia a cualquier reclamo de responsabilidad contra su proveedor de atención médica por recetar formas galénicas compuestas (preparaciones magistrales) en la medicación de reducción que va a utilizar.

1. Usted tiene la intención de reducir gradualmente su medicación utilizando Taperingstrips que contienen dosis magistrales, lo que le permitirá una disminución de dosis más escalonada de la que sería posible con las dosis de uso rutinario disponibles. Esta reducción más gradual está diseñada para ayudar a minimizar los síntomas de abstinencia.
2. La calidad de cada dosis preparada magistralmente que reciba está garantizada, puesto que cada lote es analizado por un laboratorio independiente y certificado.
3. La eficacia de la reducción con estas dosis más bajas especialmente preparadas ha sido estudiada científicamente. En cuatro estudios observacionales, se examinaron las experiencias de más de 2,800 pacientes que suspendieron un medicamento (principalmente antidepresivos) siguiendo un programa de reducción que incluía uno o varios Taperingstrips. De estos participantes, 1,500 (60%) habían intentado previamente sin éxito reducir su medicación una o más veces, a menudo debido a síntomas de abstinencia graves. Durante su intento más reciente, en el que se utilizaron dosis más bajas magistralmente preparadas, dichos síntomas se redujeron notablemente y el 70% de los participantes lograron suspender la medicación.

Referencias: Groot & Van Os 2018: Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. www.doi.org/10.1080/17522439.2018.1469163; Groot & Van Os 2020: Outcome of Antidepressant Drug Discontinuation with Taperingstrips after 1-5 Years. www.doi.org/10.1177/2045125320954609; Groot & Van Os 2021: Successful use of tapering strips for hyperbolic reduction of antidepressant dose - a cohort study. www.doi.org/10.1177/20451253211039327. Van Os & Groot 2023: Outcomes of hyperbolic tapering of antidepressants. www.doi.org/10.1177/20451253231171518

4. *Renuncia de Responsabilidad* Esta renuncia no se aplica en casos de negligencia grave, conducta intencional u otras circunstancias en las que la ley no permite limitaciones de responsabilidad. La obligación legal (profesional) de cuidado por parte del profesional de la salud que prescribe permanece plenamente vigente. Esta declaración no disminuye los derechos u obligaciones legales del profesional con respecto a la calidad de la atención.
5. *Al firmar este consentimiento informado*, usted confirma haber recibido información suficiente sobre la naturaleza, el propósito, la duración y los resultados previstos de su tratamiento, incluidos los riesgos inherentes y los posibles efectos secundarios de la reducción controlada de la medicación. Usted reconoce que no se puede garantizar el resultado final de este proceso de reducción.

Su Consentimiento

Al firmar este formulario, usted confirma que comprende su tratamiento de reducción y consiente el uso de medicamentos preparados magistralmente, los cuales han sido analizados por un laboratorio independiente y certificado.

Nombre del paciente : _____

Fecha de nacimiento : _____

Nombre del profesional de la salud : _____

Firma del paciente : _____

Fecha : _____

Por favor, imprima dos copias de esta declaración de consentimiento..

La copia 1 se queda con el/la médico(a). La copia 2 se entrega al/a la paciente.

TS-IC-ES-v01-Spaans



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 gedeponneerd 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

E Example
Brigidastraat 12
4854 CT Bavel

FRR03407

&

37022099P/FRB03407

Bank NL70RABO039.50.37.679

KvK 20060757

Data of pharmacy and Registered Pharmacists

Personal data of patient (address)

Invoice number

IBAN

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