

Na invullen deze pagina faxen naar Regenboog Apotheek 0031-(0)85-2736129
of scan en mail naar pharder@regenboogapotheek.nl

R/ RECEPT=BESTELFORMULIER  **sedativa** op maat
(recept voor 12.00uur verzonden, dan medicatie volgende dag bij patiënt bezorgd)

Voorletters en naam patiënt:

Geboortedatum: Geslacht: M/V BSN-nummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres:

Telefoon:

Lokale apotheek:

Patiënt geeft toestemming de medicatie te ontvangen van de Regenboog apotheek ja

patiënt geeft toestemming voor informatie overdracht met lokale apotheek ja

aanvinken	geneesmiddel	ZI nummer	dosering		duur	aantal herhalingen
			afronden op	dosis		
<input type="checkbox"/>	diazepam	14731339	0,1 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	lorazepam	14731894	0,05 mg	. , . . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	oxazepam	14732432	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	temazepam	14738155	0,5 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter
<input type="checkbox"/>	zopiclon	16166175	0,2 mg	. . , . mg	28 dagen	. . Iter

Naam voorschrijvend arts:

Zorgverleners-of BIGnummer:

Sraat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres:

Telefoon:

Datum:

Stempel arts

(bij voorkeur)

Handtekening arts: