

Aanvraagformulier onderzoeksstrip 28 dagen methylfenidaat

Regenboog Apotheek
 Antwoordnummer 16.500
 4840WJ Bavel
 Tel: 06-25072020
 Fax: 085-27 36 129
 Email: adhd@regenboogapothek.nl

Patiëntgegevens	BSN	
Achternaam		
Voorletters		
Adres		
Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
Geboortedatum	..-..-.... (dag-maand-jaar)	
Weekdoseersysteem	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Medisch noodzakelijk	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
1. Kruis de 4 verschillende capsules aan die geleverd moeten worden in de onderzoeksstrip: Ieder wordt voor 7 dagen geleverd	2. Kruis de hoeveelheid inname momenten per dag aan: De inname tijden zijn standaard 8:00-12:00-16:00-20:00uur	3. Ná het gebruik van de onderzoeksstrip, zodra het masker moet worden opgeheven: kruis aan, vul emailadres of faxnummer in en verstuur dit formulier opnieuw naar adhd@regenboogapothek.nl
<input type="checkbox"/> Placebo <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 2,5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 7,5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 10mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 12,5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 15mg	<input type="checkbox"/> 1dd <input type="checkbox"/> 2dd <input type="checkbox"/> 3dd <input type="checkbox"/> 4dd <input type="checkbox"/> anders namelijk:	<input type="checkbox"/> Masker opheffen op e-mailadres of faxnummer: Eventuele opmerkingen:

Naam behandelend arts:	Telefoonnummer:
Straat:	Huisnummer:
Plaats:	Postcode:
AGB code:	E-mailadres:

Handtekening arts:

Praktijk stempel:

Datum ..-..-....

Dit ingevulde formulier (= recept) scannen en e-mailen naar:

De apotheek: adhd@regenboogapothek.nl

Of faxen aan 085- 27 36 129