

**Na invullen deze pagina faxen naar Regenboog Apotheek +31-(0)85-2736129
of scan en mail naar adhd@regenboogapotheek.nl**

ONDERTEKEND BESTELFORMULIER = RECEPT

1. Voorletters en naam patiënt:
- Geboortedatum: - - Geslacht: M / V BSN:
- Straat en huisnummer:
- Postcode en woonplaats: Land:
- E-mailadres (**noodzakelijk**): Telefoon:
- Patiënt geeft toestemming de melatonine te ontvangen van de Regenboog apotheek. ja (vakje aankruisen)
- Patiënt geeft toestemming voor informatie overdracht met lokale apotheek: ja (vakje aankruisen)
- Lokale apotheek:

2. Gegevens invullen of stempel met alle gegevens

Naam voorschrijvend arts:

AGB-code en/of BIG-nummer:

Straat en huisnummer praktijk:

Postcode en woonplaats praktijk:

E-mailadres (**noodzakelijk**):

Telefoon:

**3. Kies in de tabel aan van welke DOSERING er welke HOEVEELHEID u wilt voorschrijven.
Enkel een kruis op de juiste regel volstaat.**

	ZI-NUMMER	MEDICIJN	DOSERING	HOEVEELHEID
<input type="checkbox"/>	17058236	Melatonine	1mg	100 stuks
<input type="checkbox"/>	17058244	Melatonine	1mg	365 stuks
<input type="checkbox"/>	17058252	Melatonine	3mg	100 stuks
<input type="checkbox"/>	17058260	Melatonine	3mg	365 stuks
<input type="checkbox"/>	17058279	Melatonine	5mg	100 stuks
<input type="checkbox"/>	17058287	Melatonine	5mg	365 stuks

Dagelijkse inname (dagdosering):..... (indien van toepassing)

De ZI-nummers staan ook in de taxe en u kunt de medicatie ook via uw voorschrijfsysteem voorschrijven.

4. Bovenstaande informatie is na overleg tussen arts en patiënt overeengekomen.

Datum:

Stempel arts
(bij voorkeur):

Handtekening arts: