

1. Initialen en achternaam patiënt:

Geboortedatum: - - Geslacht: M / V BSN:

Adres patiënt:

.....

Postcode en stad: Land:

E-mail adres van patiënt (**verplicht**):

Telefoonnummer:

Patiënt geeft toestemming om medicatie van Regenboog Apotheek te ontvangen: JA (kruis aan)

Zorg ervoor dat uw lokale apotheek op de hoogte is van het gebruik van deze medicatie!

2. Naam behandelaar:

BIG-nummer behandelaar:

Adres praktijk:

.....

Postcode en stad:

E-mailadres behandelaar (**verplicht**):

Telefoonnummer:

3. Kruis in de tabel aan welke medicatie u wenst te ontvangen:

	ZI-nummer	MEDICIJN / MEDICINE	DOSERING / DOSAGE	HOEVEELHEID / QUANTITY
<input type="checkbox"/>	17060079	Dutasteride	0,1 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060087	Dutasteride	0,1 mg	365 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17080339	Dutasteride	0,15 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17080363	Dutasteride	0,15 mg	365 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17259096	Dutasteride	0,25 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17259118	Dutasteride	0,25 mg	365 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060095	Dutasteride	0,5 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060109	Dutasteride	0,5 mg	365 tabletten / tablets

Dagdosering (indien anders dan eenmaal daags één tablet)

Datum:

Handtekening behandelaar:
(bij voorkeur met stempel)