

- 1. Initialen en achternaam patiënt:** .....
- Geboortedatum: ..... - ..... - .....      Geslacht:  M /  F      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)

**Draag er zorg voor 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: .....
- Telefoonnummer: .....

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

	ZI-nummer	MEDICIJN / MEDICINE	DOSERING / DOSAGE	HOEVEELHEID / QUANTITY
<input type="checkbox"/>	17387019	Minoxidil	1,25mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17387027	Minoxidil	1,25mg	365 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17100534	Minoxidil	2,5 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17100542	Minoxidil	2,5 mg	365 tabletten / tablets

**Dagdosering** (indien anders dan eenmaal daags één tablet).....

Datum:

Handtekening behandelaar:  
(bij voorkeur met stempel)