

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	HOEEVEELHEID / QUANTITY
☐	17060001	Finasteride	0,5 mg	100 tabletten / tablets
☐	17060028	Finasteride	0,5 mg	365 tabletten / tablets
☐	17060036	Finasteride	1 mg	100 tabletten / tablets
☐	17071666	Finasteride	1 mg	365 tabletten / tablets
☐	17060052	Finasteride	1,25 mg	100 tabletten / tablets
☐	17060060	Finasteride	1,25 mg	365 tabletten / tablets

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

Datum:

Handtekening behandelaar:
(bij voorkeur met stempel)