

Receptformulier Evenity® ▼ (romosozumab)

Dit formulier graag volledig invullen, alle gegevens zijn noodzakelijk om deze aanvraag in behandeling te kunnen nemen.

Naam patiënt: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoon: _____

Mobiel: _____

BSN: _____

Zorgverzekering: _____

Polisnummer: _____

Ponsplaatje of etiket

R/ Evenity® 105 mg/ 1,17 ml pen

S/ 1 x per maand 210 mg = 2 pennen

N° voor 12 maanden, of anders: _____

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

Voorschrijver (Vul in of gebruik stempel)

ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld. Bij indienen van deze aanmelding ga ik akkoord met deelname aan het programma en met de verwerking van mijn persoonsgegevens, volgens de doeleinden zoals beschreven in het Privacy Statement. Ik ga ermee akkoord dat de fabrikant van het geneesmiddel in uitzonderlijke gevallen contact met mij zal opnemen in het kader van een bijwerking of productklacht.

Naam arts: _____

AGB code arts: _____

Instelling: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoon: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Datum: _____

Handtekening:

Stempel arts

Privacyverklaring ApotheekZorg Farmacie

ApotheekZorg Farmacie vindt de privacy van u en uw patiënten belangrijk. In het kader van uw privacy als zorgverlener kunt u in het 'Privacystatement voor zorgverleners' lezen welke gegevens wij van u verwerken en met welk doel. Dit privacystatement is te vinden op www.apotheekzorg.nl onder 'Privacy'. Uw patiënten kunnen op deze website tevens het 'Privacystatement voor patiënten' terugvinden.

Voor elektronisch voorschrijven ga naar:

www.apotheekzorg.nl/zorgverleners/digitaal-voorschrijven

Stuur het originele formulier op naar:

ApotheekZorg Farmacie, Antwoordnummer 5530, 5530 ZX Bladel