

Receptformulier Prolia (denosumab)

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/ Prolia 60 mg/ml wegwerpspuit 1 ml

S/ 1 x per 6 maanden 1 injectie

N^o voor 12 maanden, of anders: _____

Aanvraag instructie/uitvoeringsverzoek medisch handelen

Prolia toedieningsinstructies, begeleiding en toediening indien nodig

Geen gebruik van bovenstaande service

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

ApotheekZorg 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 Bladel, Antwoordnummer 5530, 5530 ZX Bladel