

Receptformulier XGEVA (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/ XGEVA 120mg oplossing voor injectie.

S/ 1 x per 4 weken 1 injectie s.c.

Totaal aantal: 13, indien anders: _____

Gewenst datum 1e toediening XGEVA: _____

N^o voor 12 maanden, of anders: _____

Aanvraag instructie/uitvoeringsverzoek medisch handelen

Indien zelftoediening door patiënt of mantelzorger - na instructie- niet mogelijk blijkt, dan subcutaan toedienen van XGEVA volgens voorschrift op recept.

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

Voorschrijver (Vul in of gebruik stempel)

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld. Door ondertekening van deze aanmelding, verklaar ik dat de patiënt door mij is geïnformeerd over de behandeling en mondelinge toestemming heeft gegeven voor deelname aan zorgprogramma en verwerken van diens persoonsgegevens volgens 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: _____

Stempel arts

Handtekening:

Privacyverklaring ApotheekZorg

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

Voor elektronisch voorschrijven ga naar: <https://zorgverleners.apotheekzorg.nl/prescribe>

Stuur het originele formulier op naar: ApotheekZorg Farmacie, Antwoordnummer 5530, 5530 ZX Bladel