

Receptformulier Teriparatide

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

eGFR volgens MDRD formule _____ ml/min/1,7 Datum meting _____

R/ Teriparatide injvst 250 mcg/ml wwsp 2,4 ml

S/ 1 x daags 20 mcg

R/ BD Micro-Fine naalden 5 mm, 31 G

Nº voor 24 maanden, of anders: _____

Ruimte voor eventuele opmerkingen

Voorschrijver (Vul in of gebruik stempel)

Naam arts _____
AGB code arts: _____
Instelling _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoon _____
Fax _____
E-mail _____

Datum _____
Handtekening _____

Stempel arts

Dit ingevulde formulier kunt u mailen naar osteoporose@apotheekeezorg.nl.
Voor elektronisch voorschrijven ga naar:
<https://zorgverleners.apotheekeezorg.nl/prescribe>
Stuur het originele formulier op naar:
ApotheekZorg Farmacie, Antwoordnummer 5530, 5530 ZX Bladel

Afdrukken

Opslaan als