

PATIËNT (of gebruik patiëntensticker)

Naam _____ Voorletters _____ M V
Adres _____ Geboortedatum _____
PC en Plaats _____ BSN _____
Telefoon _____ Zorgverzekeraar _____
Mobiel _____ Polisnummer _____
E-mail _____ Naam Apotheek _____
Plaats Apotheek _____
Afleveradres Thuis (zie boven) Adres _____
 Anders (zie hiernaast) PC en Plaats _____

MEDISCHE INDICATIE

Diagnose Pulmonale Arteriële Hypertensie NYHA _____
Naam voorschrijver _____ Specialisme _____
Ziekenhuis _____ Telefoon _____
PC en Plaats _____ E-mail _____
Datum _____ Handtekening _____

RECEPT

Startdatum _____
Dosering _____ µg/per 100 ml cassette
Lichaamsgewicht _____ kg

 Bereid Onbereid Veletri® 0,5 mg/ml Veletri® 1,5 mg/ml Water voor injectie 100 ml ecoflac Cassettes meegegeven vanuit het ziekenhuis

Aantal _____

Gewenste afleverdatum cassettes _____

Opmerkingen

Ik verzoek Mediq Tefa de thuisbehandeling voor deze patiënt te verzorgen. De patiënt is door mij geïnformeerd over de behandeling met en aflevering van bovenstaand geneesmiddel en het in dit kader verstrekken van diens persoonsgegevens, en heeft hiervoor mondeling toestemming gegeven.

ALLEEN INVULLEN INDIEN DE PATIËNT VERZEKERD IS BIJ ZILVEREN KRUISPatiënt is mobiel bedlegerig

U heeft gekozen om Veletri® voor te schrijven. Kunt u aangeven wat het voordeel is van Veletri®, ten opzichte van andere medicatie, voor deze patiënt?

Reden/onderbouwing: