

## Aanvraag Machtiging & Recept Remodulin®

Mediq Pharma Services  
Postbus 1015  
3430 BA Nieuwegein  
T 030-2473281  
F 030-2473150

### Patiëntgegevens (of gebruik patiëntensticker):

Naam patiënt: .....  
Adres: .....  
Postcode/woonplaats: .....  
Geboortedatum: .....  
Telefoonnummer: .....  
Mobiele nummer: .....

Man  Vrouw   
BSN nummer: .....  
Zorgverzekeraar: .....  
Polisnummer: .....  
Naam apotheek: .....  
Plaats apotheek: .....

### Voorschrijver:

Ziekenhuis: .....  
Plaats: .....  
Contactpersoon: .....  
Telefoonnummer .....

Naam voorschrijver: .....  
Specialisme: .....  
E-mailadres: .....  
Fax: .....

### Recept

#### Medische indicatie:

Pulmonale ARTERIELE hypertensie

Startdatum: .....

.....X Remodulin® 1 mg/ml  
.....X Remodulin® 2,5mg/ml  
.....X Remodulin® 5mg/ml  
.....X Remodulin® 10mg/ml

Dosering: ...../ng/kg/min

Lichaamsgewicht: .....KG

NYHA: .....

Opstartdosering  
 Onderhoudsdosering

#### Opmerkingen:

Aflevering Remodulin®

Afwijkend afleveradres:

Adres: .....

Postcode/Plaats: .....

Datum: .....

Handtekening voorschrijver:

.....

.....

Ik verzoek Mediq Pharma Services 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.