

RECEPTFORMULIER

Flolan pH12

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 Flolan 0,5 mg/ml + Flolan oplosmiddel Flolan 1,5 mg/ml + Flolan oplosmiddel Cassettes meegegeven vanuit het ziekenhuis

Aantal _____

Gewenste afleverdatum cassettes _____

Opmerkingen

De patiënt heeft uitdrukkelijk toestemming gegeven voor de verwerking van zijn of haar persoonsgegevens, waaronder die betreffende zijn of haar gezondheid, zoals medicatiegegevens, ten behoeve van de uitvoering van deze machtiging. Onder 'verwerking' wordt verstaan elke handeling met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder in ieder geval de uitwisseling tussen Mediq Tefa en de betrokken Mediq Tefa apotheek en de eigen apotheek van de patiënt.

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

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

Reden/onderbouwing: