

**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
- Overig PAH geneesmiddelen gebruik, nl: \_\_\_\_\_
- 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 KRUIS**Patiënt 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: