

Naam arts:

Instelling:

Postcode:

Plaats:

Tel:

Fax:

Naam patiënt:

M/V

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Tel:

Zorgverzekeraar:

Polisnr.:

Rx Colistin® 80 mg (1 MIE)

Rx

S 2 dd 80mg / 160mg

No. 1 / 3 / 6 / 12 maanden

Rx naalden en spuiten

Rx

Rx alcohol 70% / Actacid 80%

Rx

Rx

Datum

Handtekening arts

Enmalig invullen wanneer patiënt voor het eerst gebruik maakt van de Colistin Zorgservice.

Hiermee verzoek ik mijn eigen apotheek en ApotheekZorg om mijn medicatiedossier uit te wisselen i.v.m. de medicatiebewaking:

Naam apotheek patiënt:

Plaats:

Handtekening patiënt / ouder / verzorger

X

ApotheekZorg – CZS
Antwoordnummer 30003
6170 XV ELSLOO



Voor snelle levering: Fax formulier naar 046 - 4113051 en stuur formulier daarna op naar ApotheekZorg (gebruik sticker)