



ZHAS

Herhaalrecept

Patiëntgegevens:

Naam :
Voorletters : M/V
Adres :
PC/Plaats :
Telefoon :
Geboortedatum :
BSN nummer :
Zorgverzekeraar :
Polisnummer :
Apotheek :
Huisarts :

Ruimte voor
patiëntetiket

Recept:

voor :keer

Startdatum: / /

- Aranesp® Eligard® Faslodex/Fulvestrant Lucrin®
 Pamorelin® Pegasys® Prolia® Somatuline Autosolution® Xgeva®
 Zarzio® Ziextenzo® Zoladex®

Dosering: Mg / µgx per.....dag / week(en) / maand(en)*

- Nplate® , UG/KG per week, lichaamsgewicht bij aanvang therapie;Kg

In geval van Pegfilgrastim: eindtijd van de chemokuur: circauur klaar.

Naam Arts:.....

Handtekening:.....

Ruimte voor handtekening

**Mail dit ingevulde formulier naar zhas@ezorg.nl
Bij Epoëtines en C-GSF middelen een afdruk van de medicatieopdracht meesturen**

ZHAS levert een pakket aan zorg, niet alleen het geneesmiddel!