

**Patiëntgegevens:**

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

Ruimte voor
patiëntetiket

Verzoek tot medisch handelen:

Datum: / /

Patiëntinstructie en/of toediening van gewenste medicatie

Naam behandelend specialist :

Specialisme :

Ziekenhuis :

Handtekening arts :**Medische diagnose:**.....
.....

Door ondertekening gaat u ermee akkoord dat de geldigheidsduur van de opdracht gelijk is aan de geldigheidsduur van het recept.

Recept:

voor :stuks

Startdatum: /

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

Dosering: MG / UGx perdag / week(en) / maand(en)

Opstartschema

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

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

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

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