

Laat zoveel als mogelijk de medicatie leveren via het weekdoseersysteem **dit verbetert de therapietrouw.**

Regenboog Apotheek  
 Antwoordnummer 16.500  
 4840WJ Bavel  
 Tel: 06-25072020  
 Fax: 085-27 36 129  
 email: adhd@per.nl

**Recept verlenging**

- methylfenidaat retard
- DEXmethylfenidaat retard
- dexamfetamine retard
- dexamfetamine kortwerkend

Patientgegevens				
Achternaam				
Voorletters				
Geslacht <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw				
Geboortedatum . . . - . . . - . . . . . (dag-maand-jaar)				
Weekdoseersysteem <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee				
Medisch noodzakelijk <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee				
Inname tijdstip, dosering (mg), geneesmiddel(len)		tijdstip	mg/inname	geneesmiddel(len)
	1e inname			
	2e inname			
	3e inname			
	4e inname			
	5e inname			
Duur van de behandeling (bij voorkeur chronisch aanvinken)		<input type="checkbox"/> chronische behandelingsduur (=52 weken) of . . . dagen (veelvoud van 7)		
Afleverperiode		<input type="checkbox"/> 7 dagen <input type="checkbox"/> 14 dagen <input type="checkbox"/> 21 dagen		

Behandelend arts	
Naam arts:	telefoon nr:
Straat:	huisnummer:
Plaats:	Postcode:

Handtekening

Praktijk stempel

Datum, . . - . . - . . .

Dit ingevulde formulier (=recept) scannen en e-mailen naar:  
 de apotheek: adhd@per.nl  
 Of faxen aan 085-27 36 129