

Aanvraagformulier ADVIES AFBOUWEN



Gaarne ontvang ik arts of patiënt (aanvinken) een advies voor het afbouwtraject van de onderstaande patiënt met volgende eigenschappen:

Patiënt kreeg (medicijn invullen) voor de indicatie:

De patiënt is momenteel klachtenvrij: ja nee (aanvinken)

De reden(en) voor de afbouw is (zijn):

Alle van toepassing zijnde hokjes aanvinken:

- 1a. Risicofactor:**
- gemiste dosis : patiënt had al onttrekkingsverschijnselen na één gemiste inname
 - angst afbouw : patiënt heeft aan angst voor afbouwen
 - eerder mislukt : eerdere pogingen om te stoppen zijn mislukt
 - onderscheid : het is noodzakelijk onderscheid te kunnen maken tussen een terugval en onttrekkingsverschijnselen of rebound
 - slow metaboliser : de laagste dosering geeft al een hoge plasmaconcentratie
 - hoge dosis : de dosering was meer dan 6 maanden hoger dan 100% van de DDD
 - start : bij start van behandeling waren problemen met effect/bijwerkingen
 - eerder gewisseld : in het verleden is patiënt een keer geswitcht van psychofarmaca
 - overige

1b. Duur van medicijngebruik: <1 jaar 1-2 jaar 2-5 jaar 5-10 jaar >10 jaar

1c. Huidige inname medicatie

..... mg	tijdstip	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering
..... mg	tijdstip	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering
..... mg	tijdstip	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering
..... mg	tijdstip	uur	<input type="checkbox"/> afbouwen	gewenste einddosering

1d. Overige orale medicatie:

.....	(naam)	.....	mg per dag
.....	(naam)	.....	mg per dag
.....	(naam)	.....	mg per dag
.....	(naam)	.....	mg per dag
.....	(naam)	.....	mg per dag
.....	(naam)	.....	mg per dag

1e. Overige informatie:

1f. Tabletten zijn de gewenste toedieningsvorm ja (aanvinken)

1g. Door de patiënt gewenste afbouwperiode: .. maanden (aantal) of
 10% per week (=30% per maand)
 15% per week (=50% per maand)

1h. Patiënt geeft toestemming voor informatieoverdracht met lokale apotheek: ja (aanvinken)

Lokale apotheek:

1i. Naam zorgverzekeraar:

2. Voorletters en naam patiënt:

Geboortedatum: .. - .. - .. Geslacht: M / V BSN:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats: Land:

E-mailadres (**verplicht**): Telefoon:

3. Naam voorschrijvend arts:

AGB code of BIG-nummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

E-mailadres (**verplicht**):

Telefoon:

Hierbij bevestig ik dat alle gevraagde informatie naar waarheid is verstrekt.

Datum: Stempel arts (bij voorkeur):

Handtekening arts of patiënt: