

## Aanvraagformulier onderzoeksstrip 28 dagen methylfenidaat

Regenboog Apotheek  
 Antwoordnummer 16.500  
 4840WJ Bavel  
 Tel: 0161 – 437 137  
 Fax: 085 - 27 36 129  
 Email: [adhd@regenboogapotheek.nl](mailto:adhd@regenboogapotheek.nl)

<b>Patiëntgegevens</b>	BSN	
Achternaam		
Voorletters		
Adres		
Emailadres		
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	
1. Kruis de <b>4</b> verschillende tabletten aan die geleverd moeten worden in de onderzoeksstrip:  Ieder wordt voor 7 dagen geleverd	2. Kruis de hoeveelheid inname momenten per dag aan:  De innametijden zijn standaard 8:00-12:00-16:00-20:00uur	3. <b>Ná het gebruik van de onderzoeksstrip, zodra het masker moet worden opgeheven:</b> kruis aan, vul emailadres of faxnummer in en <b>verstuur dit formulier opnieuw</b> naar <a href="mailto:adhd@regenboogapotheek.nl">adhd@regenboogapotheek.nl</a>  <input type="checkbox"/> Masker opheffen op e-mailadres of faxnummer: ..... .....  Eventuele opmerkingen:
<input type="checkbox"/> Placebo <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 2,5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 7,5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 10mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 12,5mg <input type="checkbox"/> Methylfenidaat 15mg	<input type="checkbox"/> 1dd <input type="checkbox"/> 2dd <input type="checkbox"/> 3dd <input type="checkbox"/> 4dd <input type="checkbox"/> Anders namelijk:	

Naam behandelend arts:	Telefoonnummer:
Straat:	Huisnummer:
Plaats:	Postcode:
AGB code:	E-mailadres:

Handtekening arts:

Praktijk stempel:

Datum .. - .. - .....

Dit ingevulde formulier (= recept) scannen en e-mailen naar:  
 De apotheek: [adhd@regenboogapotheek.nl](mailto:adhd@regenboogapotheek.nl)  
 Of faxen aan 085- 27 36 129