

Gelieve het ingevulde document te mailen naar: [haargroei@regenboogapotheek.nl](mailto:haargroei@regenboogapotheek.nl)  
Versturen per fax kan ook: 085-2736129

1. Initialen en achternaam patiënt: .....

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

Adres patiënt: .....

.....

Postcode en stad: ..... Land: .....

E-mail adres van patiënt (**verplicht**): .....

Telefoonnummer: .....

Patiënt geeft toestemming om medicatie van Regenboog Apotheek te ontvangen:  JA (kruis aan)

**Draag er zorg voor dat uw lokale apotheek op de hoogte is van het gebruik van deze medicatie!**

2. Naam behandelaar: .....

BIG-nummer behandelaar: .....

Adres praktijk: .....

.....

Postcode en stad: .....

E-mailadres behandelaar: .....

Telefoonnummer: .....

3. **Kruis in de tabel aan welke medicatie u wenst te ontvangen:**

	ZI-nummer	MEDICIJN / MEDICINE	DOSERING / DOSAGE	HOEVEELHEID / QUANTITY
<input type="checkbox"/>	17060001	Finasteride	0,5 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060028	Finasteride	0,5 mg	365 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060036	Finasteride	1 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17071666	Finasteride	1 mg	365 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060052	Finasteride	1,25 mg	100 tabletten / tablets
<input type="checkbox"/>	17060060	Finasteride	1,25 mg	365 tabletten / tablets

**Dagdosering** (indien anders dan eenmaal daags één tablet).....

Datum:

Handtekening behandelaar:  
(bij voorkeur met stempel)