Gelieve het ingevulde document te mailen naar: 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
☐	17060079	Dutasteride	0,1 mg	100 tabletten / tablets
☐	17060087	Dutasteride	0,1 mg	365 tabletten / tablets
☐	17080339	Dutasteride	0,15 mg	100 tabletten / tablets
☐	17080363	Dutasteride	0,15 mg	365 tabletten / tablets
☐	17060095	Dutasteride	0,5 mg	100 tabletten / tablets
☐	17060109	Dutasteride	0,5 mg	365 tabletten / tablets

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

Datum:

Handtekening behandelaar:
(bij voorkeur met stempel)