

Titel	: Aanvraag individuele bereiding	 Apotheek
Document Id	: 001596	
Versie	: 17	
Pagina	: 1 van 1	

In te vullen door aanvrager

E-mail naar: rbu@sahz.nl

Voor informatie over uw bestelling 023-5464041.
Voor inhoudelijke vragen 023-5464087.

Belangrijk: recept meesturen, indien er geen ZI-nummer bekend is!

Zonder (kopie van het) recept kan de aanvraag niet in behandeling genomen worden.

Gewenste afleverdatum:	Tijdstip:
Afleverlocatie:	Start toediening:
☐ Spoed (bij spoedaanvragen altijd eerst contact opnemen met 023-5464087)	

Patiënt naam:	☐ M ☐ V
Geboortedatum:	Patiëntnummer:

Aangevraagde bereiding

Naam:	
Aantal + gebruik:	
Artikel/ZI-nr (indien beschikbaar):	
Nagegaan of er een handelsproduct of doorgeleverde bereiding is:	☐ Ja

☐ De aanvraag betreft een eerste aanvraag voor deze patiënt (vul de rest van dit formulier in). ☐ De aanvraag is een herhaling voor deze patiënt (ga verder naar "Beoordeling").

Behandeling

Indicatie:
Standaard- of gebruikelijke behandeling:

Reden van aanvraag	Mate van overeenstemming over de reden
☐ Farmacotherapeutische meerwaarde (geen handelsproduct beschikbaar of niet in juiste toedienvorm/dosering) ☐ Verbetering gebruiksgemak ☐ Verkleining gezondheidsrisico zorgverlener(s)	☐ Landelijk (registratie, richtlijnen, consensus) ☐ Regionaal / lokaal (afpraak/protocol) ☐ Individuele arts en apotheker Voeg zo mogelijk documentatie toe ter onderbouwing.

Beoordeling

Beoordeeld door (behandelend) apotheker, naam:
Bereikbaar op telefoonnummer:

Paraaf/Initialen:	Datum:
-------------------	--------

In te vullen door apothekersassistent(e) RBU

De bereiding is	☐ Gestandaardiseerd: neem aanvraag in behandeling ☐ Niet-gestandaardiseerd, herhaling voor deze patiënt: neem aanvraag in behandeling ☐ Niet-gestandaardiseerd, nieuwe aanvraag: overhandig dit formulier aan apo B
Paraaf/Initialen:	Datum: