

Recept Medische Kit West-Achterhoek

Naam(Cliënt) : M/V _____

Adres : _____

Woonplaats : _____

Geboortedatum : _____

Zorgverzekeraar : _____

Medicatie

Morfine	tien mg/ml	14065525	Tien stuks
Midazolam	15 mg/3 ml	15419827	10
Levomepromazine	25mg/ml	17284104	5
Haldol	5mg/ml	12123498	5
Dexamethason	4mg/ml	15607941	10
Metoclopramide	10mg/2ml	16296397	6
Buscopan	20mg/ml	13620320	10
Bisacodyl supp	10mg	15467201	6
Miniplasco NaCl 0,9% 10ml	9mg/ml	16825713	20

Spuiten/ naalden/ infuussysteem

vleugelnaald	14141213	1
BD spuit 2ml	15748308	20
Optreknaald	16219821	20
Subcutane naald	15418537	2
Fixatiepleister/folie		2

Gewenste leveringsdatum : ____-____-____ (als setje, leveren)

Naam voorschrijvend arts : _____

Adres voorschrijvend arts : _____

Plaats : _____

Telefoonnummer arts : _____

Datum recept : ____-____-____

Handtekening arts : _____

Formulier mailen naar apotheek van uitgifte:

- ☐ apotheekoudeijssel@ezorg.nl
- ☐ dinxperlo@benu.nl
- ☐ info-apotheekhengelo@ezorg.nl

Gemeentes Doetinchem en Montferland
Plaats Dinxperlo, gemeente Oude IJsselstreek
Gemeente Bronckhorst