

	<b>Formulier</b>  <b>Aanvraag</b> <b>NIET-gestandaardiseerde</b> <b>bereiding</b>	Nummer: f-0735 Versienummer: 0001 Datum opgesteld: 14-07-2017 Herzieningsdatum: 14-07-2020 Autorisatie + Datum: 
---	---	--

**Afdeling Individuele bereidingen:** [receptuur-alg@ahz.nl](mailto:receptuur-alg@ahz.nl) T:070-3217143 F:070-3217144

**Gestandaardiseerde individuele bereidingen:** Bereidingen die voorkomen op de lijst "Gestandaardiseerde individuele bereidingen". Bestelling via de afdeling Individuele bereidingen.

**NIET-gestandaardiseerde individuele bereidingen:** Vul dit formulier volledig in en stuur per e-mail het formulier met een kopie van het recept naar de afdeling Individuele bereidingen.

Aangevraagde bereiding	Bijzonderheden
..... .....	..... .....
Patiënt (naam, gegevens):.....	
Naam arts, specialisme, datum, uitkomst overleg:.....	
Indicatie:.....	
Standaard- of gebruikelijke behandeling:.....	
Is een handelsproduct of doorgeleverde bereiding beschikbaar? ja/nee*)	
Is het aangevraagde geneesmiddel werkzaam voor de indicatie? ja/nee*)	
Is het aangevraagde geneesmiddel/preparaat veilig voor zowel de patiënt als de verpleging ja/nee*)	
<b>Reden van aanvraag</b>	
<input type="checkbox"/> Leveringsproblemen handelsproduct <input type="checkbox"/> Therapeutische waarde > standaard of gebruikelijke behandeling <input type="checkbox"/> Verbetering gebruiksgemak <input type="checkbox"/> Verkleining gezondheidsrisico zorgverlener <input type="checkbox"/> Anders nl. ....	Toelichting / verwijzingen / literatuur / bijlages: ..... .....
<b>Mate van overeenstemming over de reden:</b>	
<input type="checkbox"/> landelijk (registratie, richtlijnen, consensus), nl .....	
<input type="checkbox"/> regionaal (FTTO): .....	
<input type="checkbox"/> lokaal (FTO): .....	
<input type="checkbox"/> individuele arts en apotheker: ..... therapeutische ervaring: .....	
Naam aanvragende instelling:	.....
Beoordeeld door (behandelend) apotheker (naam, datum, paraaf):	.....

\*) doorhalen wat niet van toepassing is.

Denkt u eraan om een kopie van het recept mee te sturen.

In te vullen door AHZ	Identificatienummer: .....
-----------------------	----------------------------