



Hierbij geef ik toestemming aan Apotheek De Magistrale Bereider tot het gebruik van de informatie die hieronder staat beschreven. Deze informatie wordt uitsluitend gebruikt voor datgene wat nodig is voor een veilig gebruik en een veilige distributie van thalidomide.

Arts :

Naam :

Specialisme :

Liszcode :

Ziekenhuis / praktijk :

Naam :

Adres :

Postcode / Plaats :

Telefoon :

Fax :

E-mail :

Voorschriften :

De patiënt dient goed en volledig te zijn ingelicht omtrent de voordelen en risico's van het gebruik van thalidomide.

Indien van toepassing dient zeer strikte en zorgvuldige anticonceptie te worden afgesproken en nageleefd, een en ander dient te worden gewaarborgd door middel van zwangerschapstesten.

Een recept mag niet automatisch worden herhaald en zal alleen worden geaccepteerd als dit maximaal 7 dagen eerder is uitgeschreven. Een herhalingsrecept kan dus alleen worden gehonoreerd als er minder dan 7 dagen behandeling resteren.

Telefonisch doorgegeven recepten zijn niet toegestaan.

Voor elke nieuwe patiënt dient een informed consent-formulier te worden ingevuld en ingediend. Indien voor een patiënt al eerder dergelijke formulieren zijn opgesteld en ingevuld kan worden volstaan met het doorsturen van de bestaande ( geautoriseerde ) exemplaren.

Ik verklaar mij akkoord met bovenstaande voorwaarden en zal thalidomide 100 mg / 50 mg tabletten slechts voorschrijven onder deze condities.

Deze verklaring is geldig tot 1 jaar na de ingevulde datum.

Datum :

Handtekening arts :