



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.

Apotheker :

Naam :

Liszcode :

Apotheek :

Naam :

Adres :

Postcode / Plaats :

Telefoon :

Fax :

E-mail :

Voorschriften :

Het voorschrift voor thalidomide dient te worden vergezeld door een bewustheidsverklaring van de voorschrijvende arts en door een schriftelijke toestemming van de patiënt

De verpakkingen thalidomide dienen onaanbroken te worden verstrekt. Dispenseren in andere aantallen dan de originele verpakkingen zijn niet toegestaan.

Een recept mag niet automatisch worden herhaald en mag 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.

Alle medewerkers van de apotheek dienen te zijn geïnformeerd over de procedure omtrent het afleveren van thalidomide 100 mg / 50 mg tabletten

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

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

Datum :

Handtekening apotheker :