**Email aanvraag naar:** [apotheekbereidingen@zaansmc.nl](mailto:apotheekbereidingen@zaansmc.nl)

**Voor informatie over uw bestelling: 075 – 650 7372**

**Faxnummer apotheek bereidingen: 075 – 650 2998**

**EERSTE UITGIFTE: RECEPT BIJVOEGEN**

**HERHALING**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AANGEVRAAGDE BEREIDING** | | |
| **Patiënt naam: M / V Geboortedatum:** | | |
| **Naam product:**  Midazolam 500 mg = 100ml  Morfine 500 mg = 100 ml  Morfine 1000 mg = 100 ml  Morfine 2000 mg = 100 ml  Morfine 5000 mg = 250 ml  Morfine … mg + dexamethason 0,5 mg/24 uur = 100 ml  Overig | **Dosering:**  vul dosering in mg/uur  vul dosering in mg/uur  vul dosering in mg/uur  vul dosering in mg/uur  vul dosering in mg/uur  vul dosering in mg morfine/uur  vul dosering in mg/uur | **Aantal:** |
| **Recent opiaten gebruik:** | | |

|  |
| --- |
| **Naam apotheek patiënt:** |
| **Naam thuiszorgteam:** |
| **Bereiding gereed op (**datum**):**    **Afleverlocatie: ZaanApotheek, vanaf 16:00 uur op werkdagen** |

|  |
| --- |
| **Datum (**datum**):**  **Naam aanvrager: Paraaf:**  **Naam instantie:**  **Telefoonnummer:** |