

OPIUMRECEPT Ziekenhuisapothek WZA

Gegevens patiënt:
Achternaam en voorletters
Geboortedatum
Instelling en afdeling

Of ponsplaatje,
indien van toepassing

Verzoek om levering van:

Opiumwetgeneesmiddel (naam en sterkte)	Startdatum		Dosis		Tijd	
	Stopdatum					
Toedienwijze	oraal	rectaal	iv / im / sc	transdermaal	
Apotheekaanwijzing						
Aantal						
Naam en voorletter(s) aanvragende arts						
Handtekening aanvragende arts						

Per opiumwetgeneesmiddel moet een opiumrecept volledig worden ingevuld. Niet volledig ingevulde opiumrecepten worden niet in behandeling genomen door de ziekenhuisapothek.

Afhandeling ziekenhuisapothek

Datum invoer	
Datum levering	
Geleverd aantal	
Kaartnummer	
Paraaf invoer MO	
Paraaf afleveren	
Paraaf controle	