

Tamiflu aanvraagformulier 10 capsules Tamiflu 75mg

Naam bedrijf/instelling:

werknemer

Naam en voorletters :

Geslacht: man/vrouw

Adres :

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoon:

Emailadres:

Burger Service Nummer:

Het BSN nummer is het vroegere Sofinummer en bestaat uit 9 cijfers. Dit nummer staat o.a. op uw rijbewijs of paspoort.

Heeft u op dit moment griepsymptomen?

ja nee

Heeft u een aandoening aan de nieren?

ja nee

Bestelt u Tamiflu preventief?

ja nee

Ik zal mijn arts waarschuwen als ik mij niet beter ga
voelen ondanks Tamiflu.

ja nee

Gebruikt u momenteel andere medicijnen?

ja nee

Indien ja: svp specificeren:

Vrouwen: bent u zwanger, probeert u zwanger te worden of geeft u
borstvoeding?

ja nee

Zijn er andere medische gegevens of aandoeningen op u van toepassing die niet genoemd zijn?

ja nee

Indien ja: svp specificeren:

Ik ben mij ervan bewust om Tamiflu in te nemen binnen 48 uur na de symptomen van griep zoals: koorts hoger dan 37,8°C, hoesten, zere keel, loop- of verstopte neus, hoofdpijn, spierpijn of vermoeidheid.

ja nee

Ik heb er geen bezwaar tegen dat de arts of arts-assistent telefonisch contact met mij opneemt ten behoeve van het consult.

geen bezwaar wel bezwaar

Ik verklaar dat het product uitsluitend voor mijn persoonlijk gebruik is, de informatie en de gegevens die ik heb verstrekt volledig en zonder voorbehoud zijn en dat ik alvorens het geneesmiddel gebruik, de bijgesloten informatie voor de patiënt zal lezen.
Tevens verklaar ik dat, indien ik Tamiflu daadwerkelijk ga nemen, dit aan mijn eigen arts en apotheker door zal geven.

Datum:

Plaats:

Handtekening werknemer: