

**HUISARTSEN PRAKTIJK
DE ZORGBOOM**

DR. GOOSSENS H. - DR. CORNELISSEN R. - DR. VANDERHOYDONCK D.
DR. JOORDENS P. - DR MAES J.

DORPSSTRAAT 36 BUS 1-2
3940 HECHTEL

☎: 011/73 33 60



AANVRAAG HERHAALVOORSCHRIFT

UW GEGEVENS :

PROCEDURE :

VOORNAAM :

VUL DE GEGEVENS VOLLEDIG EN
DUIDELIJK IN.

FAMILIENAAM :

BEN JE LANGER DAN 3 MAANDEN NIET
BIJ DE DOKTER GEWEEST, MAAK DAN
EEN AFSPRAAK.

GEBOORTEDATUM :

TELEFOONNUMMER :

INDIEN DE DOKTER HET TOCH NODIG ACHT OM OP CONSULTATIE TE KOMEN, WORDT U OPGEBELD OM EEN AFSPRAAK TE MAKEN.

Beschrijf hier zo volledig mogelijk wat u nodig heeft!

| Medicament | Dosis | Aantal innames per dag | Aantal per doos | Aantal dozen |
|-----------------------|---------------|------------------------|-----------------|---------------|
| <i>Bv Paracetamol</i> | <i>1000mg</i> | <i>4x 1 tablet</i> | <i>90</i> | <i>1 doos</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Gelieve dit blad ingevuld af te geven op het secretariaat.