

## AANVRAAGFORMULIER KINIDINE/DEXTROMETHORFAN

### PATIENTGEGEVENS

Voorletters: man / vrouw

Achternaam:

Geboortedatum:

BSN:

Mobiel nummer\*:

Telefoon  
contactpersoon

E-Mail\*:

*Noodzakelijk voor track & trace*

Indicatie

### VERGOEDING/MACHTIGING

Behandeling met kinidine/dextromethorfan wordt **alleen** door de zorgverzekeraar vergoed bij ALS met **pseudobulbaire** klachten! Transvaal apotheek zal een machtiging aanvragen en heeft een ondertekende verklaring van de arts nodig ([zie link](#)). Indien u geen machtiging heeft van de zorgverzekeraar ontvangt u vooraf een email met een betaallink. De medicatie wordt dan pas verzonden nadat de betaling is voldaan.

### LEVERING

afhalen Transvaal apotheek,  
Kempstraat 113, 2572 GC Den Haag

aangetekend versturen met medische  
post naar

### ASSORTIMENT

Er worden standaard tabletten afgeleverd, tenzij er een indicatie is voor capsules (zoals slikproblemen of toediening via sonde). De tabletten mogen fijngemaakt worden en vallen uiteen in water.

#### Kosten per 60 stuks:

Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg tabl €50

Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg caps €50

Kinidine/dextromethorfan 10/30 mg caps €60

### GEBRUIK

De Transvaal apotheek zal contact opnemen met de patient voor de medicatiebegeleiding. Kinidine/dextromethorfan wordt 1 x daags ingenomen in de eerste week. Vanaf de 2e week wordt de medicatie 2x daags ingenomen met tussenpozen van 12 uur.

Voorkeur tijdstip inname: en uur

### TOESTEMMING

Geeft u toestemming aan Transvaal Apotheek om medicatiegegevens beschikbaar te stellen voor raadpleging door andere zorgverleners via het LSP? Raadpleeg <https://www.volgjezorg.nl/> voor meer informatie.

ja, handtekening patiënt:

ja, mondeling akkoord gegeven

nee, zonder toestemming voor LSP wordt geen kinidine/dextromethorfan verstrekt omdat de medicatie- veiligheid niet kan worden gewaarborgd.

svp een actueel medicatieoverzicht bijvoegen indien de patiënt **geen** toestemming heeft gegeven aan de **huisapotheek** om medicatiegegevens beschikbaar te stellen via het LSP.

### FACTURATIEGEGEVENS

Alleen invullen als er geen machtigingsaanvraag is en indien patiënt niet zelf betaalt:

Dit formulier samen met het recept en/of machtigingsaanvraag mailen naar [bestellijn.cannabis@transvaalapotheek.nl](mailto:bestellijn.cannabis@transvaalapotheek.nl)

Transvaal Apotheek  
Kempstraat 113  
2572 GC Den Haag  
Tel. 070-2055637  
vragen: [cannabis@transvaalapotheek.nl](mailto:cannabis@transvaalapotheek.nl)

Versie 1 Revisiedatum: 11-05-2022