

Recept

Voorschrijver

Naam arts:	
Zorginstelling:	
Datum:	

Voorgeschreven hulpmiddel/medicijn

Hyaluronzuur:	Inhoud:	Hoeveelheid Natriumhyaronaat:	Voorgeschreven:
Adant One	5 ml	49 mg	<input type="radio"/>
Adant 3-injecties	3x 2,5 ml	3x 25 mg	<input type="radio"/>
Adant 5-injecties	5x 2,5 ml	5x 25 mg	<input type="radio"/>
Durolane	3 ml	60 mg	<input type="radio"/>
Ostenil Plus	2 ml	40 mg	<input type="radio"/>
Ostenil Mini	1 ml	20 mg	<input type="radio"/>
Syaloset Plus	4 ml	60 mg	<input type="radio"/>

Herhaalrecept:	Ja <input type="radio"/>	Frequentie:	
	Nee <input type="radio"/>		

Patiënt

Patiënt:

Maak een foto met uw mobiel en upload deze op één van de volgende websites:
www.embracingcare.nl
www.embracingsports.nl

Handtekening voorschrijver:

Stempel zorginstelling: