

Huisarts:
(Voorletters) (Naam)
(Adres) (Gezondheidscentrum)
(Telefoonnummer)

Z/P

R/

datum,

Honderd milliliter morfine met
een sterkte van
vijf/tien/twintig milligram per
milliliter in een CADD-Deltec
cassette (voor s.c. toediening)
Iter: tien maal
Gebruik: XXX milliliter/uur

Volledige handtekening
van de arts

Naam: (Naam + Voorletters)

Adres: (Adres)

Geb.datum: (Geboortedatum)