

**Haben Sie das richtige Rezept/Formular vor sich?** Es gibt Ausschleichmedikation in Tapering-Strips™ für Antidepressiva (21), Antipsychotika (20), Sedativa (19), Antiepileptika (6), Hormone (1) und Analgetica (4).

**LESEN SIE DIESE ERLÄUTERUNG, BEVOR SIE DAS BESTELLFORMULAR = REZEPT AUSFÜLLEN!**

1. Ein plötzliches Absetzen oder eine zu schnelle Dosisreduzierung von periciazine kann zu Entzugerscheinungen führen. Um dies zu verhindern, muss die Tagesdosis sehr langsam und in kleinen Schritten über einen längeren Zeitraum reduziert werden. Dies ist mithilfe von Tapering-Strips™ möglich.
2. Mit einem Ausschleichregime von einem oder mehreren Tapering-Strips™ kann die Dosis des Medikaments schrittweise auf die gewünschte niedrigere Dosis reduziert oder vollständig auf null ausgeschlichen werden. Bei Verwendung mehrerer Strips stimmt die Enddosierung eines Strips stets mit der Anfangsdosierung des nächsten Strips überein.
3. Es ist nicht vorhersehbar, wie das optimale Ausschleichen für einen bestimmten Patienten aussieht. Einige Patienten leiden viel schneller als andere unter Entzugerscheinungen. Ein Patient kann es besser vertragen als ein anderer. Das Risiko des Auftretens von Entzugerscheinungen und deren Schwere kann durch die Wahl eines langsameren Ausschleichens reduziert werden.

Der verschreibende Arzt wählt zusammen mit dem Patienten ein bestimmtes Ausschleichprogramm. Dies ist auf zweierlei Weise möglich:

- a) Zusammen mit dem Patienten legen Sie nur das Programm für die ersten 28 Tage fest und füllen dazu nur den **schwarzen** Teil der Tabelle 4 auf Seite 4 aus. Auf der Grundlage der Erfahrung des Patienten (Entzugerscheinungen ja oder nein) entscheiden Sie erst später zusammen mit dem Patienten, wie das Programm fortgesetzt werden soll. Dazu füllen Sie im Anschlussrezept auf Seite 5 den **roten** Teil der Tabelle 5 aus.
  - b) Gemeinsam mit dem Patienten bestimmen Sie im Vorfeld das gesamte Ausschleichprogramm. In diesem Fall müssen Sie sowohl den **schwarzen** als auch den **roten** Teil von Tabelle 4 auf Seite 4 ausfüllen.
4. Wenn das verwendete Medikament mehrmals pro Tag eingenommen wird (z. B. morgens und abends), ist der einfachste Weg des Ausschleichens in der Regel die Reduzierung pro Einnahmemoment, wobei zuletzt die Einnahme am Abend ausgeschlichen wird.
  5. **ACHTUNG:** Jeder Einnahmemoment periciazine muss vor dem Beginn des Ausschleichens für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen in die entsprechende Menge haloperidol umgerechnet werden: **5 mg periciazine entspricht 0,8 mg haloperidol.**
  6. Haloperidol-Ausschleichdosierungen in Tapering-Strips™ sind nur auf Rezept erhältlich. Das unterzeichnete Rezept/Bestellformular dient als Rezept. Beim Ausstellen eines Rezeptes muss der verschreibende Arzt sicherstellen, dass Wiederholungsrezepte für haloperidol in der örtlichen Apotheke nicht mehr angenommen werden!
  7. Der Patient erhält die Rechnung, die nach der Bezahlung bei der Krankenkasse eingereicht werden kann.
  8. Die Medikation wird innerhalb einer Woche nach Eingang des Rezepts an die Privatadresse des Patienten geschickt. Bei Ausschleichprogrammen mit mehr als einem Strip wird der erste Strip für 28 Tage verschickt. Am Ende der dritten Woche wird der folgende Strip zugesandt. Es wird niemals mehr als ein Strip zugleich versandt. Der Patient wird gebeten, sich mit dem Apotheker in Verbindung zu setzen, wenn das Medikament nach einer Woche noch nicht angekommen ist.
  9. Ein Tapering-Strip™ ist ein Streifen mit 28 nummerierten, kleinen Beuteln. Jeder Beutel enthält eine bestimmte Anzahl von Tabletten. Die Anzahl kann von Tag zu Tag variieren und wird so gewählt, dass die Gesamtmenge des pro Tag eingenommenen Medikaments langsam abnimmt.
  10. Der Patient beginnt am Sonntag mit der Einnahme der Tabletten aus dem ersten Beutel des Streifens mit der Nummer 028 und endet 4 Wochen später am Samstag mit den Tabletten aus dem letzten Beutel mit der Nummer 001. **Es wird also wie bei einem Countdown gezählt.** An der Nummer auf dem Beutel kann der Patient stets erkennen, wie viele Tage der Streifen noch hält.
  11. **STABILISIERUNG:** Wenn der Patient zu sehr an Entzugerscheinungen leidet, sollte das Ausschleichprogramm unterbrochen werden, die Fortsetzung würde das Problem nur vergrößern! Ein Stabilisierungs-Strip bietet dem Patienten die Möglichkeit, über einen kürzeren oder längeren Zeitraum bei einer festen Dosis zu bleiben. Dies kann wünschenswert sein, wenn das Ausschleichen für den Patienten zu schnell verläuft oder wenn der Patient nicht vollständig ausschleichen und weiterhin eine niedrigere (und optimalere) Dosis verwenden möchte. In einem Stabilisierungs-Strip ist grundsätzlich jede gewünschte Dosierung möglich, abgerundet auf 0,05 mg haloperidol. Dabei sollte die Dosis gewählt werden, bei der es weniger/keine Entzugerscheinungen gab.
  12. Für das Ausschleichen von Dosierungen, die in der Tabelle nicht aufgeführt sind, können Strips **NACH MASS** bestellt werden. Für jeden Strip ist die gewünschte Anfangs- und Enddosierung anzugeben, wobei darauf zu achten ist, dass verschiedene Strips zusammenpassen.

13. Für haloperidol sind die folgenden Standard-Tapering-Strips™ erhältlich:

Anfangsdosis haloperidol	Endgültige Dosis haloperidol	Dauer des Streifens	Name des Streifens HLPR=haloperidol	Dosisreduktion pro	Durchschnittliche Dosisreduktion	Durchschnittliche Dosisreduktion
20mg/Tag	15mg/Tag	28 Tagen	HLPR 20-15/28Tagen	0,15/0,2 mg	0,18mg/Tag	6,3%/Woche
15mg/Tag	10mg/Tag	28 Tagen	HLPR 15-10/28Tagen	0,15/0,2 mg	0,18mg/Tag	8,4%/Woche
10mg/Tag	7mg/Tag	28 Tagen	HLPR 10-7/28Tagen	0,1/0,15 mg	0,11mg/Tag	7,5%/Woche
10mg/Tag	5mg/Tag	28 Tagen	HLPR 10-5/28Tagen	0,15/0,2 mg	0,18mg/Tag	12,5%/Woche
7mg/Tag	5mg/Tag	28 Tagen	HLPR 7-5/28Tagen	0,05/0,1 mg	0,07mg/Tag	7,2%/Woche
7mg/Tag	2mg/Tag	28 Tagen	HLPR 7-2/28Tagen	0,15/0,2 mg	0,18mg/Tag	17,9%/Woche
5mg/Tag	2mg/Tag	28 Tagen	HLPR 5-2/28Tagen	0,1/0,15 mg	0,11mg/Tag	15%/Woche
2mg/Tag	1mg/Tag	28 Tagen	HLPR 2-1/28Tagen	0,05 mg	0,04mg/Tag	12,5%/Woche
2mg/Tag	Null	28 Tagen	HLPR 2-0/28Tagen	0,05/0,1 mg	0,07mg/Tag	25%/Woche
1mg/Tag	0,5mg/Tag	28 Tagen	HLPR 1-0,5/28Tagen	0,05 mg	0,02mg/Tag	12,5%/Woche
1mg/Tag	Null	28 Tagen	HLPR 1-0/28Tagen	0,05 mg	0,04mg/Tag	25%/Woche
0,5mg/Tag	Null	28 Tagen	HLPR 0,5-0/28Tagen	0,05 mg	0,02mg/Tag	25%/Woche
Stabilisierung	...mg/Tag	28 Tagen	HLPR Stabilisierung	0 mg	keine Reduktion	0%/Woche

Diese Tabelle zeigt für jeden Tapering-Strip™, wie viel mg haloperidol der Beutel für einen bestimmten Tag enthält:

Planen: haloperidol		20 - 15	15 - 10	10 - 7	10 - 5	7 - 5	7 - 2	5 - 2	2 - 1	2 - 0	1 - 0,5	1 - 0	0,5 - 0	0,05 - 0,05
Beutel Nr	Einnahme Tag	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg	mg
Beutel 28	Sonntag	20	15	10	10	7	7	5	2	2	1	1	0,5	0,05
Beutel 27	Montag	19,8	14,7	9,85	9,7	6,9	6,6	4,8	1,95	1,85	1	0,95	0,5	0,05
Beutel 26	Dienstag	19,2	14,5	9,7	9,4	6,8	6,25	4,65	1,9	1,7	0,95	0,9	0,45	0,05
Beutel 25	Mittwoch	19,3	14,2	9,55	9,1	6,7	5,9	4,45	1,85	1,6	0,95	0,85	0,45	0,05
Beutel 24	Donnerstag	19,1	14	9,45	8,85	6,65	5,6	4,3	1,8	1,5	0,9	0,8	0,4	0,05
Beutel 23	Freitag	18,9	13,8	9,3	8,6	6,55	5,3	4,15	1,75	1,4	0,9	0,75	0,4	0,05
Beutel 22	Samstag	18,7	13,6	9,15	8,35	6,45	5,05	4	1,7	1,25	0,85	0,7	0,35	0,05
Beutel 21	Sonntag	18,4	13,3	9,05	8,1	6,4	4,8	3,85	1,7	1,2	0,85	0,65	0,35	0,05
Beutel 20	Montag	18,2	13,1	8,9	7,9	6,3	4,55	3,75	1,65	1,1	0,85	0,6	0,35	0,05
Beutel 19	Dienstag	18	12,9	8,8	7,7	6,2	4,35	3,6	1,6	1	0,8	0,55	0,3	0,05
Beutel 18	Mittwoch	17,8	12,7	8,7	7,5	6,15	4,15	3,5	1,55	0,9	0,8	0,55	0,3	0,05
Beutel 17	Donnerstag	17,6	12,5	8,55	7,3	6,05	3,95	3,35	1,5	0,85	0,75	0,5	0,25	0,05
Beutel 16	Freitag	17,5	12,3	8,45	7,1	6	3,8	3,25	1,5	0,75	0,75	0,45	0,25	0,05
Beutel 15	Samstag	17,3	12,2	8,35	6,95	5,9	3,6	3,15	1,45	0,7	0,75	0,4	0,25	0,05
Beutel 14	Sonntag	17,1	12	8,25	6,75	5,85	3,45	3,05	1,4	0,65	0,7	0,4	0,2	0,05
Beutel 13	Montag	16,9	11,8	8,1	6,6	5,75	3,3	2,95	1,4	0,55	0,7	0,35	0,2	0,05
Beutel 12	Dienstag	16,7	11,6	8	6,45	5,7	3,15	2,85	1,35	0,5	0,7	0,3	0,2	0,05
Beutel 11	Mittwoch	16,6	11,5	7,9	6,3	5,65	3,05	2,75	1,3	0,45	0,65	0,3	0,15	0,05
Beutel 10	Donnerstag	16,4	11,3	7,8	6,15	5,55	2,9	2,65	1,25	0,4	0,65	0,25	0,15	0,05
Beutel 9	Freitag	16,2	11,1	7,7	6	5,5	2,8	2,6	1,25	0,35	0,65	0,2	0,15	0,05
Beutel 8	Samstag	16,1	11	7,6	5,85	5,45	2,65	2,5	1,2	0,3	0,6	0,2	0,1	0,05
Beutel 7	Sonntag	15,9	10,8	7,55	5,7	5,35	2,55	2,4	1,2	0,25	0,6	0,15	0,1	0,05
Beutel 6	Montag	15,7	10,7	7,45	5,6	5,3	2,45	2,35	1,15	0,2	0,6	0,15	0,1	0,05
Beutel 5	Dienstag	15,6	10,5	7,35	5,45	5,25	2,35	2,25	1,1	0,15	0,55	0,1	0,05	0,05
Beutel 4	Mittwoch	15,4	10,4	7,25	5,35	5,2	2,25	2,2	1,1	0,1	0,55	0,1	0,05	0,05
Beutel 3	Donnerstag	15,3	10,3	7,15	5,2	5,1	2,15	2,15	1,05	0,1	0,55	0,05	0,05	0,05
Beutel 2	Freitag	15,1	10,1	7,1	5,1	5,05	2,1	2,05	1,05	0,05	0,5	0,05	0,05	0,05
Beutel 1	Samstag	15	10	7	5	5	2	2	1	0,05	0,5	0,05	0,05	0,05

14. **WICHTIG: Die Ausschleichmedikation in Tapering-Strips™ ersetzt nicht die übliche ärztliche Betreuung! Um einen Rückfall rechtzeitig zu erkennen, ist und bleibt eine gute Betreuung des Patienten während und auch für einige Zeit nach dem Ausschleichen wichtig.**

Erläuterung: Durch das Ausschleichen mit einer Ausschleichmedikation in Tapering-Strips™ treten weniger schnell oder überhaupt keine Entzugserscheinungen auf. Sollte es doch zu Entzugserscheinungen kommen, werden sie weniger schwerwiegend sein. Dies erleichtert es dem Arzt, einen Rückfall rechtzeitig zu erkennen. Auch der zeitliche Unterschied hilft: Entzugserscheinungen treten meist sehr schnell während des Ausschleichens auf, ein Rückfall tritt in der Regel erst (viel) später auf, oft erst, nachdem das haloperidol bereits vollständig abgesetzt wurde.

Wünschen Sie nähere Auskünfte oder haben Sie Fragen, setzen Sie sich bitte per E-Mail ([pharder@regenboogapotheek.nl](mailto:pharder@regenboogapotheek.nl)) oder telefonisch (+31-625072020) mit dem Apotheker Paul Harder in Verbindung.

**HINWEIS zum Ausfüllen des Rezepts/Bestellformulars für Tapering-Strips™**

1. **RISIKOFAKTOR:** Bitte **ALLE** zutreffenden Risikofaktoren ankreuzen. **Trifft mindestens ein Risikofaktor zu, ist Tapering indiziert** (Multidisziplinäres Dokument „SSRI & SNRI ausschleichen“):

- i. **Verpasste Dosis** Der Patient litt nach einer verpassten Dosis unter Entzugserscheinungen
- ii. **Angst vor Abbau** Der Patient hat Angst vor dem Ausschleichen, beispielsweise aufgrund einer komorbiden Angststörung
- iii. **Zuvor missglückt** Frühere Versuche des Patienten, die Dosis abzusetzen oder zu reduzieren, sind missglückt
- iv. **Unterscheidung** Zur Unterscheidung von Entzugserscheinungen oder eines Rebounds von einem möglichen Rückfall
- v. **Langsamer Metabolisierer** Die niedrigste Dosierung ergibt bereits eine hohe Plasmakonzentration, was beim Absetzen ein Risiko darstellt
- vi. **Hohe Dosis** Die Dosierung lag über einen Zeitraum von 6 Monaten oder länger über 100 % der DDD
- vii. **Start** Zu Beginn der Behandlung traten Probleme mit der Medikamentenwirkung auf

Bitte die **Dauer der periciazine-Einnahme ankreuzen**

- 2. Die Patientendaten eintragen
- 3. Die Daten des verschreibenden Arztes eintragen
- 4. Die Tabelle korrekt ausfüllen.

Unten sehen Sie als Beispiel für das Arzneimittel „**Beispiel**“ 3 verschiedene Möglichkeiten, wie dies geschehen kann:

a. **Vollständiges Ausschleichen** mithilfe von Ausschleichmedikation in **4** Tapering-Strips™: **4** Kästchen ankreuzen (Dauer 4 x 28 Tage = 112 Tage)

Anfangsdosierung BEISPIEL	Dauer des Ausschleichprogramms	STRIP 1 28 Tage	STRIP 2 28 Tage	STRIP 3 28 Tage	STRIP 4 28 Tage
30 mg/Tag	112 Tage	<input checked="" type="checkbox"/> z.B. 30-10	<input checked="" type="checkbox"/> z.B. 10-5	<input checked="" type="checkbox"/> z.B. 5-2	<input checked="" type="checkbox"/> z.B. 2-0
	84 Tage	<input type="checkbox"/> z.B. 30-10	<input type="checkbox"/> z.B. 10-5	<input type="checkbox"/> z.B. 5-0	
	56 Tage	<input type="checkbox"/> z.B. 30-10	<input type="checkbox"/> z.B. 10-0		

b. **Dosisreduzierung** mithilfe von Ausschleichmedikation in **2** Tapering-Strips™: **2** Kästchen ankreuzen (Dauer 2 x 28 Tage = 56 Tage)

Anfangsdosierung BEISPIEL	Dauer des Ausschleichprogramms	STRIP 1 28 Tage	STRIP 2 28 Tage	STRIP 3 28 Tage	STRIP 4 28 Tage
30 mg/Tag	112 Tage	<input type="checkbox"/> z.B. 30-10	<input type="checkbox"/> z.B. 10-5	<input type="checkbox"/> z.B. 5-2	<input type="checkbox"/> z.B. 2-0
	84 Tage	<input checked="" type="checkbox"/> z.B. 30-10	<input checked="" type="checkbox"/> z.B. 10-5	<input type="checkbox"/> z.B. 5-0	
	56 Tage	<input type="checkbox"/> z.B. 30-10	<input type="checkbox"/> z.B. 10-0		

c. **STABILISIERUNG** auf einer festen Dosis: Kästchen ankreuzen, DD und Anzahl der Wiederholungen eintragen (im Beispiel: 17 mg/Tag, 2 x wiederholen → Dauer 3 x 28 Tage = 84 Tage)

<b>STABILISIERUNG</b>	28 Tage	<input checked="" type="checkbox"/>	z.B. stab	<b>17 mg/Tag</b>	<b>2 Wiederholungen</b>
-----------------------	---------	-------------------------------------	-----------	------------------	-------------------------

d. Ausschleichmedikation in einem Tapering-Strip™ **NACH MASS** zur Dosisreduzierung von 60 mg auf 30 mg in 28 Tagen. In diesem Beispiel können anschließend die verfügbaren Tapering-Strips™ aus der Tabelle verwendet werden.

<b>NACH MASS</b>	2 x 28 Tage	<input checked="" type="checkbox"/>	z.B. von 60 mg auf 30 mg	<input checked="" type="checkbox"/>	z.B. von 30 mg auf 10 mg
------------------	-------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

- 5. Das Rezept unterschreiben
- 6. Das Rezept an die Regenboog-Apotheke senden: **0031 – (0)85 – 27 36 129**

**ACHTUNG:** Bitte **NUR** das Bestellformular per Fax versenden.  
Die Erläuterung **nicht** mitsenden.

**Diese Seite nach dem Ausfüllen bitte per Fax (0031-(0)85-2736129) oder eingescannt per E-Mail (pharder@regenboogapotheek.nl) an die Regenboog-Apotheke senden.**

**R/ REZEPT=BESTELLFORMULAR HALOPERIDOL**  **(MN)** ZI-Nummer: 14729105

**1a.** Risikofaktor:  Verpasste Dosis  Angst vor Abbau  Zuvor missglückt  Unterscheidung  Langsamer Metabolisierer  
 Hohe Dosis  Start

**1b.** Dauer der periciazine-Einnahme:  <1 Jahr  1-2 Jahre  2-5 Jahre  5-10 Jahre  >10 Jahre

**2.** Anf.-Buchst. d. Vornamens und Name des Patienten: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht:  M /  W BSN-Nummer: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: ..... Land: .....

E-Mail-Adresse: ..... Telefon: .....

Der Patient gibt die Erlaubnis, die Ausschleichmedikation von der Regenboog-Apotheke zu erhalten.  ja (ankreuzen)

**3.** Name des verschreibenden Arztes: .....

Nummer des Leistungserbringers oder BIG-Nummer: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: .....

E-Mail-Adresse: .....

Telefon: .....

**4. TABELLE 4 korrekt ausfüllen** (siehe die Erläuterung) **Achtung:** Ausschleichmedikation wird jeweils für 28 Tage ausgeliefert.

Anfangsdosis haloperidol	Gesamtdauer der Entfernung	HLPR=haloperidol STRIP 1=28 Tagen	STRIP 2 28 Tagen	STRIP 3 28 Tagen	STRIP 4 28 Tagen	STRIP 5 28 Tagen	STRIP 6 28 Tagen
20 mg/Tag	168 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 20-15	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0
	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 20-15	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-0	
15 mg/Tag	168 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0
	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0	
10 mg/Tag	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0	
	112 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0		
7 mg/Tag	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 7-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0	
	84 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 7-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0			
5 mg/Tag	112 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0		
	84 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0			
2 mg/Tag	84 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0			
	56 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0				
1 mg/Tag	56 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0				
	28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0					
0.5 mg/Tag	28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0					
<b>Angepasst</b>	. X 28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .
<b>Stabilisierung</b>	28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR Stabilisierung	. . . mg/Tag	. Wiederholungen	Dosis bis 0.05 mg abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Bitte sende sofort	

**KOSTEN:** Tapering- und Stabilisierungs-Strips enthalten die Medikation für einen Zeitraum von 28 Tagen. Die Ausschleichmedikation im Tapering-Strip™ kostet durchschnittlich € 77,- und im Stabilisierungstreifen € 38,50. Preisänderungen vorbehalten.

**5.** Das oben genannte Ausschleichprogramm wurde in Übereinstimmung mit dem Behandlungsprotokoll und nach Rücksprache zwischen Arzt und Patient vereinbart. Ich habe die ursprüngliche Dosis periciazine neu berechnet zum haloperidol.  Ja (bitte markieren)

Datum:

Stempel des Arztes  
(vorzugsweise):

Unterschrift des Arztes:

Versandadresse: Regenboog-Apotheke, Antwoordnummer 16500, 4840 WJ BAVEL, Nederland

**Diese Seite nach dem Ausfüllen bitte per Fax (0031-(0)85-2736129) oder eingescannt per E-Mail (pharder@regenboogapotheek.nl) an die Regenboog-Apotheke senden.**

**R/ REZEPT=BESTELLMFORMULAT HALOPERIDOL**  **(MN)** ZI-Nummer: 14729105

**1. Nur Anschlussprogramm**

**2. Anf.-Buchst. d. Vornamens und Name des Patienten:** .....

Geburtsdatum: ..... - ..... - ..... Geschlecht:  M /  W BSN-Nummer: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: ..... Land: .....

Der Patient gibt die Erlaubnis, die Ausschleichmedikation von der Regenboog-Apotheke zu erhalten.  ja (ankreuzen)

**3. Name des verschreibenden Arztes:** .....

Nummer des Leistungserbringers oder BIG-Nummer: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Wohnort: .....

E-Mail-Adresse: .....

Telefon: .....

**5. TABELLE 5 korrekt ausfüllen** (siehe die Erläuterung) **Achtung:** Ausschleichmedikation wird jeweils für 28 Tage ausgeliefert.

Anfangsdosis haloperidol	Gesamtdauer der Entfernung	HLPR=haloperidol STRIP 1=28 Tagen	STRIP 2 28 Tagen	STRIP 3 28 Tagen	STRIP 4 28 Tagen	STRIP 5 28 Tagen	STRIP 6 28 Tagen
20 mg/Tag	168 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 20-15	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0
	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 20-15	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-0	
15 mg/Tag	168 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0
	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 15-10	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0	
10 mg/Tag	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0	
	112 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 10-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0		
7 mg/Tag	140 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 7-5	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0	
	84 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 7-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0			
5 mg/Tag	112 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0		
	84 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 5-2	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0			
2 mg/Tag	84 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0			
	56 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 2-1	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0				
1 mg/Tag	56 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0.5	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0				
	28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 1-0					
0.5 mg/Tag	28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR 0.5-0					
<b>Angepasst</b>	. X 28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .	<input type="checkbox"/> HLPR . . . .
<b>Stabilisierung</b>	28 Tagen	<input type="checkbox"/> HLPR Stabilisierung	. . . mg/Tag	. Wiederholungen	Dosis bis 0.05 mg abgeschlossen	Bitte sende sofort	<input type="checkbox"/>

**KOSTEN:** Tapering- und Stabilisierungs-Strips enthalten die Medikation für einen Zeitraum von 28 Tagen. Die Ausschleichmedikation im Tapering-Strip™ kostet durchschnittlich € 77,- und im Stabilisierungstreifen € 38,50. Preisänderungen vorbehalten.

**6.** Das oben genannte Ausschleichprogramm wurde in Übereinstimmung mit dem Behandlungsprotokoll und nach Rücksprache zwischen Arzt und Patient vereinbart. Ich habe die ursprüngliche Dosis periciazine neu berechnet zum haloperidol.  Ja (bitte markieren)

Datum: ..... Stempel des Arztes (vorzugsweise): .....

Unterschrift des Arztes: .....

Versandadresse: Regenboog-Apotheke, Antwoordnummer 16500, 4840 WJ, BAVEL, Nederland

### **Vergoeding conform C-120/95 en C-158/96 van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap (Decker/Kohll-arrest)**

De door de arts voorgeschreven farmacotherapeutische behandeling is overeenkomstig het behandelprotocol voor het afbouwen van periciazine.

De patiënt heeft van de Regenboog Apotheek periciazine afbouwmedicatie ontvangen en heeft zijn/haar medicatie geleidelijk afgebouwd volgens schema.

De kosten van de medicatie in Nederland (**77,- Euro**) staan vermeld op de factuur.

Volgens het Decker/Kohll-arrest (C-120/95 en C-158/06) heeft de patiënt recht op vergoeding van de medicatie volgens het in zijn thuisland geldende tarief.

### **Repayment in accordance with C-120/95 C-158/96 (Kohll Decker judgment) of the Court of Justice of the European Union**

The pharmaco therapeutic treatment prescribed by the doctor is in compliance with the treatment protocol for medication reduction periciazine.

The patient received this treatment for medication reduction periciazine from pharmacy Regenboog Apotheek and he/she reduced his/her medication according to the schedule.

The cost of the medication in the Netherlands (**77,- Euro**) is listed on the invoice.

According to the Decker Kohll judgment (C-120/95 and C-158/06), the patient may claim repayment of the medication at the rate applicable to his homeland.

### **Erstattung nach C-120/95 und C-158/96 (Urteil Decker und Kohll) des Gerichtshofs der Europäischen Union**

Diese vom Arzt verschrieben pharmatherapeutische Behandlung stimmt überein mit dem Behandlungsprotokoll für Medizinabbau periciazine.

Der Patient/die Patientin erhielt diese Abbaumedikamenten periciazine vom Regenboog Apotheek und hat seine/ihre Medikamente reduziert nach dem Zeitplan.

Die Kosten für die Medikamente in den Niederlanden (**77,- Euro**) sind auf der Rechnung aufgeführt.

Nach dem Urteil (C-120/95 und C-158/06, *Decker und Kohll*) hat der Patient Anspruch auf Erstattung der Medikamente nach dem Kurs in seiner Heimat.

### **Remboursement conform C-120/95 et C-158/96 (l'arrêt Decker Kohll) de la Cour de justice de l'Union européenne**

Le traitement pharmaco thérapeutique prescrit par le médecin est en conformité avec le protocole de traitement pour la réduction médicamenteuse de periciazine.

Le patient a reçu cette traitement pour la réduction des médicaments periciazine de la pharmacie Regenboog Apotheek et a réduit son médicament selon le calendrier.

Le coût des médicaments aux Pays-Bas (**77,- Euro**) sont répertoriés sur la facture.

Conforme l'arrêt Decker/Kohll (C-120/95, et C-158/06), le patient peut réclamer le remboursement des médicaments selon le taux applicable dans son pays natal.