



Aanvraag BEG Mesalazine tab 500 mg

Dossier nr.....

Gegevens van de verzekerde:

Naam en voornamen..... M / V

Geboortedatum.....SZF-nr..... Tel.nr.:.....

Betreft : 1ste aanvraag verlenging

Naam aanvragende arts:

Medische gegevens van de verzekerde :

Indicatie:

Bijwerkingen die patient(e) ervaart bij gebruik van Sulfasalazine:.....

Dosering: S dd.....tab. Verwachte duur van het gebruik:

Datum:

(Handtekening en SZF- stempel behandelend arts)

Een onvolledig ingevuld formulier wordt niet in behandeling genomen.

=====

Hieronder in te vullen door de Medische Dienst SZF

Afgewezen. Reden van afwijzing:

Gehonoreerd voor maand(en). Ingangsdatum:.....

Einddatum:

Apotheek:

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)

Gelieve dit formulier in te leveren bij de Medische Dienst van het SZF van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur |

Adres: Frederik Derbystraat nr. 107-111 | Een SZF-Kantoor of SZF-Unit (bij de verschillende ziekenhuizen)

van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur | E-mail: mdgnmontheffingen@staatsziekenfonds.sr |

WhatsApp: +597 860-4817/+597 875-1063.