

Aanvraag BEG Normaal Immunoglobuline 10% (iv)

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 patient(e)

-Progressieve, symmetrische spierzwakte ja/nee
-Begin ontstaan spierzwakte.....
-Welke peesreflexen zijn onderzocht? (gaarne aan de achterkant vermelden)
-Uitslag lumbaalpunctie meesturen.
Benodigde dosering:mg/kg per dag gedurendedagen.
Gewicht patient:.....

Datum:.....

(Naam, 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 ampullen.

Ingangsdatum:..... Einddatum:.....

Apotheek:

Datum:.....