

Aanvraag BEG

Octreotide injectie 0.2mg/ml 1 ml

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:

Indicatievoor vergoeding:

bloedende oesofagusvarices

Dosering:inj. gedurende

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 voorinj.

Ingangsdatum:..... Einddatum:

Apotheek:

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)