



# Aanvraag BEG Pralidoxim inj 200mg/ml 5ml

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:**.....

**Dosering:** .....inj. gedurende .....

Datum: .....

(Handtekening en SZF- stempel behandelend arts)

***Een onvolledig ingevuld formulier kan niet in behandeling worden genomen.***

=====

***Hieronder in te vullen door de Medische Dienst van het SZF***

.....

Afgewezen. Reden van afwijzing:

Gehonoreerd voor .....inj.

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

Apotheek: .....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)