



## Aanvraag geneesmiddel buiten de NGK Stomazakjes (colo,-ileo,-uro)

Dossier nr.....

**Gegevens van de verzekerde:**

Naam en voornamen..... M / V

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

Betreft :  1ste aanvraag  verlenging

Naam aanvragende arts: .....

**Duur van het gebruik:.....maanden/chronisch.**

**Medische gegevens van de verzekerde:**

Indicatie: .....

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).....zakjes/maand.

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

Apotheek: .....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)