

Aanvraag BEG Clarithromycine 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 voor vergoeding:

H. pylori eradictie, samen met omeprazol en andere antibiotica uit de NGK

Dosering: S... dd ... tab 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 voortabletten.

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

Apotheek:.....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)