



## Aanvraag BEG

### MACROGOL orale poeder 4 g/zakje

Dossier nr.....

**Gegevens van de verzekerde:**

Naam en voornamen..... M / V

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

Betreft :  1ste aanvraag  verlenging

Naam aanvragende arts: .....

**Dosering: S ..... dd.....zakjes**

**Indicatie: preventie van obstipatie bij sommige congenitale afwijkingen van de tractus digestivus, als lactulose niet effectief is, bij kinderen ≤ 8 jaar.**

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 ..... Maanden

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

Apotheek: .....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)

**Gelieve dit formulier in te leveren bij de Medische Dienst van het SZF van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur |**  
**Adres: Frederik Derbystraat nr. 107-111 | Een SZF-Kantoor of SZF-Unit (bij de verschillende ziekenhuizen)**  
**van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur | E-mail: [mdgmontheffingen@staatsziekenfonds.sr](mailto:mdgmontheffingen@staatsziekenfonds.sr) |**  
**WhatsApp: +597 860-4817/+597 875-1063**