

Aanvraag BEG

Dorzolamide oogdruppel 20mg/ml, fl 5 ml

Dossier nr.....

Gegevens van de verzekerde:

Naam en voornamen..... M / V

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

Betreft : 1ste aanvraag verlenging

Naam aanvragende arts:

Dosering:..... **dd.....OD/OS**

Datum:

(Naam, 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)