



**Aanvraag BEG**  
**Fentanyl Transdermaal**

- 12mcg/uur,
- 25 mcg/uur,
- 50 mcg/uur,
- 100mcg/uur

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:.....

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 eenmalig

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

Apotheek: .....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)