

Aanvraag BEG Hepatitis B-immunoglobuline 150 IE

Dossier nr.....

Gegevens van de verzekerde:

Naam en voornamen.....

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

Naam aanvragende arts:

Medische gegevens van de verzekerde :

Indicatie:

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: Eenmalig

Apotheek:

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)