

## Aanvraag afwijkende hoeveelheid dermatica

Dossier nr.....

50016- Acid. 5 % / Lcd 5 % in Tca	31895- Samengestelde crème zonder corticosteroid
50017- Acid. Sal 10 % in Tca	31909- Samengestelde crème met corticosteroid (HCA/TCA)
50005- Acid. Sal 3 % in clobetasol	35036- Samengestelde zalf met corticosteroid clobetasol of Betamethason
50006- Acid. Sal. 5% in clobetasol	
50003- Acid. Sal. 3 % -5 % in betamethason	50013- Hydrochinon 4%/ in Tca/ in tretinoïn of ac carb 0.5%
50020- Acid.Sal.3 % - 10 % in Hca	50007- Ureum 10% in clobetasol/ Ac. Lact 10% in vaseline
35238- Vas/ par in gelijke delen	50015- Ureum 10% in Tca/ Ac. Lact 10%
	Anders:

### 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 patient(e)

-Indicatie:.....

-Gevraagde hoeveelheid per maand:.....

-Verwachte duur van gebruik:.....

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 .....mg per maand.

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

.....

Datum:.....