



**Aanvraag geneesmiddel buiten de NGK**  
**Voorzetkamer met : masker 0-18 mnd / masker 1-5 jr/ masker of mondstuk vanaf 5jr**

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 voor vergoeding: het ontbreken van een goede hand-longcoördinatie bij het gebruik van een dosisaerosol.

Indicatie: .....

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. Rede van afwijzing:.....  
 Gehonoreerd voor eenmalig.

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

Apotheek: .....

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)