

Aanvraag BEG Prednisolon oogzalf 5% (5mg/ml)

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 patient(e)

-Indicatie:.....

-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

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

Apotheek:

Datum:.....