

Aanvraag BEG Fluconazol cap 150 mg

Dossier nr.....

Gegevens van de verzekerde:

Naam en voornamen.....M / V
Geboortedatum..... SZF nr..... Verval dat.
Tel.nr.:

Betreft : 1ste aanvraag verlenging

Naam aanvragende arts:

Dosering: S... ddtab gedurende

Medische gegevens van de verzekerde :

Indicatie:

Datum: (Handtekening en SZF- stempel behandelend arts)

Een onvolledig ingevuld formulier kan niet in behandeling worden genomen.

=====

Hieronder in te vullen door de Medische Dienst SZF

Afgewezen.

Gehonoreerd voor maand(en) Ingangsdatum:.....

Einddatum: Apotheek:

.....

Datum:.....

(Handtekening en stempel
arts SZF Medische Dienst)