

Aanvraag BEG Nadroparine 2850 IE, spuit 0,3ml

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: Sddamp. Gedurende

Medische gegevens van de verzekerde :

Let op! Indicatie voor vergoeding is "Trombo-embolische aandoeningen, als gewone heparine niet geschikt is".

Indicatie :

Uitslag relevante radiologie- en laboratorium uitslag vermelden op de aanvraag.

Datum:(Naam, 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.

Ingangsdatum:..... Einddatum:

Apotheek:

Datum:.....

(Handtekening en stempel
arts SZF Medische Dienst)