

Aanvraag BEG

Nadroparine 9500 IE anti-Xa/ml, spuit 0,3ml

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 :

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

Indicatie :

Dosering: Sddamp. Verwachte duur/frequentie van gebruik:

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

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 maand(en)

Ingangsdatum:..... Einddatum:

Apotheek:

Datum:.....

(Handtekening en stempel arts SZF Medische Dienst)

Gelieve dit formulier in te leveren bij de Medische Dienst van het SZF van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur |

Adres: Frederik Derbystraat nr. 107-111 | Een SZF-Kantoor of SZF-Unit (bij de verschillende ziekenhuizen)

van ma. t/m vr. tussen 07:00-14:00 uur | E-mail: mdgnmontheffingen@staatsziekenfonds.sr |

WhatsApp: +597 860-4817/+597 875-1063.