



Aanvraag BEG

Methylfenidaat tab. 10 mg

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:

Dosering: S dd.....tab.

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)