

Aanvraagformulier

Toestemming Farmaceutische Zorg

GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde:

Burgerservicenummer:

Geboortedatum:

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar ons privacybeleid op onze website.

Gegevens medicatie

in te vullen door uw behandelend arts

Naam geneesmiddel*

* - import geneesmiddel? Graag prevalentie van aandoening vermelden

- geneesmiddel zonder Z-index nummer? Indien de verwachte kosten per maand meer dan 1000 euro bedragen graag een prijsopgave of inkoopfactuur meesturen

Z-indexnummer:

Gewenste ingangsdatum
machtiging:

Dosering:

Gebruik:

Medische indicatie:

Onderbouwing reden van aanvraag *

**Voeg literatuur toe als bijlage wanneer relevant.*

Betreft het een apotheekbereiding met Z-indexnummer die landelijk geduid is met N (geen verstrekking)?

Ja* Nee

**Vul de vragen op de volgende pagina in.*

Welke (farmaco)therapeutische behandelingen hebben bij deze patiënt al plaatsgevonden?

Wat was het resultaat van deze behandelingen?

Gegevens over of er voor de aandoening geen behandeling meer mogelijk is met enig ander voor deze aandoening geregistreerd geneesmiddel (incl. redenen waarom dit niet mogelijk is).

Gegevens behandelend arts

in te vullen door uw behandelend arts

Naam:

Discipline:

Individuele AGB-code:

Handtekening of stempel:

Gegevens apotheek

Naam:

AGB-code apotheek: