

Aanvraagformulier

Toestemming Farmaceutische Zorg

Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Telefoonnummer

Klantnummer

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 een N (geen verstrekking)?

Ja, vul de vragen op de volgende pagina in

Nee

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/stempel

Gegevens apotheek

Naam

AGB-code apotheek