Aanvraagformulier

Toestemming Farmaceutische Zorg

Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen en vul het formulier volledig in, zodat wij uw aanvraag in behandeling kunnen nemen.

Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Klantnummer

Gegevens medicatie (in te vullen door uw behandelend arts of apotheker)

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

Naam

Discipline

Individuele AGB-code

Gegevens apotheek

Naam

AGB-code apotheek