



Naam verzekerde:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode en plaats:
Relatienummer:
BSN:

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van geneesmiddelen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundigehuisarts of specialist waarmee wij een overeenkomst hebben.

In te vullen door de aanvrager

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor geneesmiddelen of magistrale bereidingen die niet via een specifiek aanvraagformulier aangevraagd kunnen worden. Zoals bijvoorbeeld de artsenverklaringen van Bijlage 2 van Zorgverzekeraars Nederland. Hiervoor verwijzen wij u naar www.zn.nl

Wat is de naam van het aangevraagde geneesmiddel, de toedieningsvorm, sterkte en fabrikant?

.....
.....

Zi-nummer (verplicht als geneesmiddel in de G-standaard is opgenomen):

Startdatum behandeling:

Dosering per dag:

Behandelduur:

Kosten per maand:

Voor welke aandoening schrijft u het middel voor?

.....
.....

Wat is de prevalentie en incidentie van deze aandoening en welke referenties hebt u hiervoor beschikbaar?

.....
.....

Waarom kiest u specifiek voor dit middel in deze sterkte en dosering?

.....
.....

Welke alternatieven zijn geprobeerd? Welk beleid is er gevolgd? En met welk resultaat (inclusief de duur, dosering en kosten van de behandeling)?

.....
.....
.....
.....

Welke mogelijke alternatieve behandelingen kunnen nog geprobeerd worden? En waarom zijn deze alternatieven 'wellicht' géén optie?

.....
.....

Op grond van welke behandelrichtlijn en wetenschappelijke literatuur wordt voor deze specifieke behandeling gekozen?

Graag peer-reviewed artikelen meesturen.

.....
.....

Bij het eventueel inzetten van dit geneesmiddel; op welke criteria wordt het resultaat beoordeeld?

.....
.....

Is er ook een aanvraag voor de Beschikbaarheid bijdrage Academische Zorg (BBAZ) gedaan?

Zo ja, graag de beslissing meesturen.

Zo nee, waarom niet?

.....
.....

Is er ook een aanvraag voor compassionate use gedaan bij de fabrikant?

Zo ja, graag de beslissing meesturen.

Zo nee, waarom niet?

.....
.....

Gegevens aanvrager



Naam arts/voorschrijver: Gegevens apotheek:

Plaats: Plaats:

Datum:

Naam ziekenhuis of praktijk (AGB-code):

Stempel behandelend voorschrijver: Handtekening behandelend voorschrijver:

.....



Indien wij na het in behandeling nemen van de aanvraag meer informatie nodig hebben zullen wij deze schriftelijk bij u opvragen.
U kunt dit formulier opsturen naar: CZ/Nationale-Nederlanden/OHRA, t.a.v. afd. Medische beoordelingen Farmacie, Ringbaan West 236,
Postbus 90152, 5000 LD TILBURG of mbz.farmacie@cz.nl.