



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 van deze aandoening en welke referenties hebt u hiervoor beschikbaar?

.....

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

.....

Waarom kan niet met de preparaten uitgekomen worden die in het GVS zijn opgenomen?

.....

Welke alternatieven zijn geprobeerd? En met welk resultaat?

.....

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

(graag toevoegen indien aanwezig)

.....
.....

Wordt het geneesmiddel geïmporteerd? Ja/Nee (doorhalen wat niet van toepassing is)

Indien "Ja" wat zijn de kosten per maand:



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.