



Aanvraagformulier akkoordverklaring geneesmiddelen

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

Naam van het aangevraagde geneesmiddel (toedieningsvorm/sterkte/fabrikant)

.....
.....

Indicatie waarvoor het middel wordt voorgeschreven

.....
.....

Wat is de prevalentie van deze aandoening?

.....
.....

Referenties?

.....
.....

Waarom is specifiek voor dit middel gekozen?

.....
.....

Startdatum behandeling:

Dosering per dag:

Behandelduur:

Welke alternatieven zijn geprobeerd? En met welk resultaat?

.....
.....

Op grond van welke richtlijnen wordt dit voorgeschreven?

.....
.....

Is er wetenschappelijke onderbouwing of literatuur aanwezig?

.....
.....

Geïmporteerd geneesmiddel: Ja / Nee (doorhalen wat niet van toepassing is)

Indien "Ja" wat zijn de kosten:



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