

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor
Transvaal apotheek
Kempstraat 113, 2572 GC Den Haag
AGB 02009062

KINIDINE/DEXTROMETHORFAN

STATUS: geldig
HB12.1-001 - FOR
OPSTELDATUM: 11-05-2022 NC
REVISIE: 2
VOOR HET LAATST HERZIEN: -
AUTORISATIE: PL

1

 VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens
volledig in

naam:

geboortedatum:

BSN:

Verzekeraar

polisnummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket

2

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

Ondergetekende, arts, schrijft kinidine/dextromethorfan voor aan deze verzekerde

1 Vanwege ALS (amyotrofische laterale sclerose)

JA, ga naar 2

NEE (geen vergoeding door zorgverzekeraar)

2 Verzekerde lijdt aan pseudobulbaire klachten

JA, ga naar 3

NEE (geen vergoeding door zorgverzekeraar)

3 Verzekerde lijdt aan de volgende pseudobulbaire klachten

dwanghuilen

dwanglachen

dwanggapen

anders, namelijk:

4 Ruimte voor patiënt specifieke tekst (verplicht in te vullen door arts):

Welke alternatieven zijn er al geprobeerd en met welk resultaat?

3

HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

4

GENEESMIDDELKEUZE

Kies capsules indien patiënt een sonde heeft

 Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg tablet
(ZI: 16930819)

 Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg capsule
(ZI: 16768647)

 Kinidine/dextromethorfan 10/30 mg capsule
(ZI: 16947797)

ruimte voor praktijkstempel