

## ARTSENVERKLARING

2

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

3

HANDTEKENING ARTS  
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde  
handtekeningIngevuld 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: 4

VOOR HET LAATST HERZIEN: -

AUTORISATIE: PL

1 VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens  
volledig in

naam:

geboortedatum:

BSN:

Verzekeraar

polisnummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket



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?

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