

ARTSENVERKLARING

2

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

3

HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

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

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

KINIDINE/DEXTROMETHORFAN

STATUS: geldig
HB12.1-001 - FOR
OPSTELDATUM: 11-05-2022 NC
REVISIE: 7 (07-02-2023)
VOOR HET LAATST HERZIEN: -
AUTORISATIE: PL

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

1	Vanwege ALS (amyotrofische laterale sclerose)	ALS
	Vanwege PLS (primaire laterale sclerose)	PLS
	Vanwege PSMA (progressieve spinale musculaire atrofie)	PSMA
	Vanwege PBP (progressieve bulbaire parese)	PBP

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

1 VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens
volledig in

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:
---	--	---

naam:

geboortedatum:

BSN:

Verzekeraar

polisnummer:

adres:

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 patiëntenetiket

4 Ruimte voor patiënt specifieke tekst (verplicht in te vullen door arts):
Welke alternatieven zijn er al geprobeerd en met welk resultaat?

ruimte voor praktijkstempel