



Algemeen aanvraagformulier voor farmacie

Verzekerde

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M*	<input type="checkbox"/> V*
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekernummer	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>		
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>	Naam huisarts	<input type="text"/>

Aanvraag geneesmiddel of dieetpreparaat

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor medicijnen en/of voeding die niet via een specifiek aanvraagformulier aangevraagd kunnen worden. U kunt de lijst met specifieke aanvraagformulieren raadplegen op www.menzis.nl/zorgaanbieders

Naam middel

Indicatie en motivering waarvoor het middel wordt voorgeschreven

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Wilt u relevante wetenschappelijke literatuur of een verwijzing naar die literatuur toevoegen aan deze aanvraag?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Dosering per dag Gewenste duur van de behandeling

Verklaring behandelend (huis)arts/specialist/gespecialiseerd verpleegkundige

Behandelend <input type="checkbox"/> (huis)arts	<input type="checkbox"/> specialist	<input type="checkbox"/> gespecialiseerd verpleegkundige*
Naam arts/verpleegkundige	<input type="text"/>	
Plaats	<input type="text"/>	
Naam ziekenhuis (indien van toepassing)	<input type="text"/>	

Telefoonnummer praktijk/ziekenhuis	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V*
Naam contactpersoon	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V*
Telefoonnummer contactpersoon	<input type="text"/>		

* Aankruisen wat van toepassing is.

Medische diagnose/indicatie

(in te vullen door arts/gespecialiseerd verpleegkundige)

Ik verklaar dat de aan ommezijde genoemde verzekerde bekend is met toepassing van de aangevraagde geneesmiddelen en dat bij gebruik een verbetering wordt bereikt die niet op eenvoudiger wijze te verkrijgen is.

Stempel behandelend arts/verpleegkundige

--

Handtekening behandelend arts/verpleegkundige

--

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ondertekening

Ondertekening door verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Deze gegevens kunnen worden gebruikt ten behoeve van het geven van opdrachten aan zorgaanbieders voor het vervaardigen en/of leveren van passende en/of de juiste geneesmiddelen of hulpmiddelen.

Verder verklaart ondergetekende er geen bezwaar tegen te hebben dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het verstrekken van aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen zo nodig aanvullende informatie bij behandelend (huis)arts, specialist of gespecialiseerd verpleegkundige kan opvragen. De gegevens worden voor geen andere doelen aangewend dan hierboven omschreven.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Handtekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

--

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.