



Aanvraagformulier akkoordverklaring geneesmiddelen voor magistrale bereiding

Naam verzekerde:

Geboortedatum:

BSN:

Adres:

Postcode en plaats:

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

1. Wat is de naam van het aangevraagde geneesmiddel, sterkte en toedieningsvorm?

ZI - nummer (indien aanwezig):

Startdatum behandeling:

Dosering per dag:

Behandelduur:

2. Wat is de indicatie?

3. Waarom kiest u specifiek voor dit geneesmiddel in deze sterkte en dosering?

4. Waarom kan niet met preparaten uitgekomen worden die in het GVS zijn opgenomen?

5. Welke alternatieven zijn geprobeerd? En met welk resultaat?

6. Op grond van welke behandelrichtlijn en wetenschappelijke literatuur wordt voor deze specifieke behandeling gekozen?

Gegevens aanvrager

Naam arts/voorschrijver:

Plaats:

Datum:

Naam ziekenhuis of praktijk (AGB-code):

Handtekening behandelend voorschrijver:

Gegevens apotheek

Naam apotheek: Haagse Transvaal Bereidingsapotheek B.V.

Adres: Kempstraat 113

Postcode en plaats: 2572 GC Den Haag

AGB-code: 02011020

