

AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN FLUCONAZOLE SANDOZ® in categorie A

Ter attentie van de Adviserend Geneesheer

Naam en voornaam patiënt :

Naam en voornaam gerechtigde :

Adres patiënt :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

Ik, ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, verzoek om

1^{ste} aanvraag voor terugbetaling voor een periode van maximum 12 maanden van tot

Verlenging van de terugbetaling voor een periode van maanden (max. 12 maanden)

INDICATIE :

Behandeling en/of secundaire preventie van kryptokokkenmeningitis bij AIDS-patiënten

IDENTIFICATIE VAN DE BEHANDELENDE ARTS :

Naam :

Voornaam :

RIZIV-nr :

Datum :



(Handtekening)

.....