Aanvraagformulier
Toestemming Farmaceutische Zorg

Zorg

Kunt u deze pdf niet lezen?
Wij helpen u graag. Op https://www.asr.nl/toegankelijkheid vindt u meer informatie over het lezen van pdf's en hoe a.s.r. omgaat met digitale toegankelijkheid.

Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen en vul het formulier volledig in, zodat wij uw aanvraag in behandeling kunnen nemen. U kunt het aanvraagformulier digitaal versturen via onze website.

Ik heb een zorgverzekering van:
- ☐ a.s.r.
- ☐ Ik kies zelf van a.s.r.

Gegevens verzekerde

Voornaam	
Achternaam	
Geboortedatum	☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
Verzekerdenummer	

Gegevens medicatie (In te vullen door behandelend arts of apotheker)

Naam geneesmiddel*	

** - import geneesmiddel? Graag prevalentie van aandoening vermelden*
- geneesmiddel zonder Z-index nummer? Indien de verwachte kosten per maand meer dan 1000 euro bedragen graag een prijsopgave of inkoopfactuur meesturen

Z-indexnummer	
Gewenste ingangsdatum machtiging	☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
Dosering	
Gebruik	
Medische indicatie	

▶ *Ga verder op de volgende pagina*

Onderbouwing (In te vullen door behandeld arts)

Onderbouwing reden van aanvraag*

** Voeg literatuur toe als bijlage wanneer relevant*

Welke (farmaco)therapeutische behandelingen hebben bij deze patiënt al plaatsgevonden?

Wat was het resultaat van deze behandelingen?

Gegevens waaruit blijkt dat er geen andere behandeling mogelijk is voor deze aandoening. Vermeld daarbij de reden.

Gegevens aanvragend arts

Naam	
Discipline	
Individuele AGB-code	
AGBcode instelling	
Datum ondertekening	- -
Handtekening	