

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: 9 (09-10-2024 NC)

VOOR HET LAATST HERZIEN: -

AUTORISATIE: PL

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

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

1

VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens
volledig in

naam:

geboortedatum:

BSN:

Verzekeraar

polisnummer:

adres:

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

4

GENEESMIDDELKEUZE

 Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg tablet of
capsule (ZI: 16930819 en 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