

AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN FLUCONAZOL EG[®]

Ondergetekende, Geneesheer, verzoekt de Adviserende Geneesheer om :

Naam van de patiënt :

Naam van de gerechtigde :

Adres van de patiënt :

Mutualiteit :

Inschrijvingsnummer :

De terugbetaling toe te staan van **FLUCONAZOL EG[®]**

50 mg

200 mg

in **categorie A**

voor een periode van maanden (maximum 12 maanden)

voor een verlenging van een periode van maanden (maximum 12 maanden)

Motivatie :
.....

Voor de behandeling en/of secundaire preventie van Cryptococcus-meningitis bij de patiënten met het "acquired immuno-deficiency syndrome".

Naam en adres van de voorschrijvende arts:

.....
.....

Datum:

Handtekening:

Stempel