

Aanvraag tot terugbetaling van

- Kinzalmono**[®]
 Kinzalkomb[®]

Ik, ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, vraag aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling voor:

DE PATIËNT

Naam en voornaam

Adres

Naam en voornaam van de verzekerde

Ziekenfonds

Inschrijvingsnummer

TERUGBETALING

Kinzalmono[®] (40mg x 28; 80 mg x 28, x 56, x 98)

Kinzalkomb[®] (40 mg x 28; 80 mg x 28, x 56, x 98)

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

Mijn patiënt heeft met zijn huidige therapie een onvoldoende bloeddrukverlagend effect en/of vertoont onaanvaardbare nevenwerkingen. Ik verwacht dit klinisch probleem op te heffen door een behandeling met **Kinzalmono**[®] / **Kinzalkomb**[®].

Vorige behandeling:

.....
.....
.....

VERLENGING VAN DE TERUGBETALING

Kinzalmono[®] (40mg x 28; 80 mg x 28, x 56, x 98)

Kinzalkomb[®] (40 mg x 28; 80 mg x 28, x 56 x 98)

voor een periode van maanden (maximum **60**)

Nr. van vorig attest:

Stempel

Behandelende arts:

Datum / /
Handtekening