

Aanvraag tot terugbetaling van DIOVANE® / Co-Diovine®

VALSARTAN VALSARTAN + HYDROCHLOROTHAZIDE

Ik ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, vraag aan de Adviserende Geneesheer van de verzekeringsinstelling voor :

PATIËNT

Naam en voornaam :

Adres :

Naam en voornaam van de verzekerde :

Ziekenfonds :

Inschrijvingsnummer :

TERUGBETALING

voor.....maanden (max. 12)

VERLENGING VAN DE TERUGBETALING

voor.....maanden (max. 60)

Nr. van vorig attest :

ANAMNESE

Vorige behandelingen

.....

.....

REDEN VOOR HET VOORSCHRIJVEN VAN

DIOVANE® / Co-Diovine®

VALSARTAN VALSARTAN + HYDROCHLOROTHAZIDE

voor een patiënt met essentiële hypertensie

De huidige behandeling van mijn patiënt voldoet niet om de therapeutische objectieven te bereiken.

De huidige behandeling van mijn patiënt veroorzaakt onaanvaardbare nevenwerkingen.

Behandelende arts

Datum :/...../.....

Handtekening :

DIO-01-1006-6676 - 01/2007