

# AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN FLUCONAZOL EG<sup>®</sup>

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<sup>®</sup>**

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