

AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN TERAZOSINE SANDOZ® in categorie B

Ter attentie van de Adviserend Geneesheer

Naam en voornaam patiënt :

Naam en voornaam gerechtigde :

Adres patiënt :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

1^{ste} aanvraag voor terugbetaling voor een periode van maximum 12 maanden van tot

Verlenging van de terugbetaling voor een periode van maanden (max. 12 maanden)

Reden :

Arteriële hypertensie

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

IDENTIFICATIE VAN DE BEHANDELLENDE GENEESHEER :

Naam :

Voornaam :

RIZIV-nr :

Datum :



(Handtekening)

.....