

AANVRAAG KOSTELOZE HUKYNDRA® 40mg WEKELIJKS voor de behandeling van ernstige colitis ulcerosa bij volwassenen of de ziekte van Crohn

Dit document dient als aanvraag voor levering van HUKYNDRA aan de ziekenhuisapotheker (geleverd aan de patiënt na voorleggen van voorschrift: "kosteloze verpakking HUKYNDRA")

IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER-SPECIALIST IN GASTRO-ENTEROLOGIE OF INTERNE GENEESKUNDE OF PEDIATRIE

IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT (Gelieve alle onderstaande vakken in te vullen)

Initialen Geboortjaar CD UC

Laatste goedkeuring van terugbetaling: Geldig van: / / 20.... tot / / 20....

Datum van de laatste terugbetaalde HUKYNDRA injectie: / / 20....

Spuit Pen

40mg WEKELIJKS:

Ik vraag..... (Max. 6) verpakkingen (2 voorgevulde spuit/pennen per verpakking) om de wekelijkse behandeling per periode van 12 weken verder te zetten, en dit uiterlijk tot het einde van de laatste goedkeuring van terugbetaling (indien u het nodig acht om de wekelijkse behandeling met HUKYNDRA nadien nog verder te zetten totdat een nieuwe terugbetaling kan bekomen worden, dient u een nieuwe aanvraag te doen).

IDENTIFICATIE VAN DE APOTHEKER (voor de levering van kosteloze HUKYNDRA verpakkingen)

Ziekenhuisapotheker: Stad Ziekenhuis

Perifere apotheek: Naam

Adres E-mail

Postcode/Stad Tel.

IDENTIFICATIE VAN DE GENEESHEER-SPECIALIST IN GASTRO-ENTEROLOGIE OF INTERNE GENEESKUNDE OF PEDIATRIE

Naam Voornaam

Ziekenhuis RIZIV N°

Adres E-mail

Postcode/Stad Tel.

Datum / / Stempel

Handtekening

Ik bevestig hierbij dat de patiënt een verdere behandeling met HUKYNDRA nodig heeft.

IN TE VULLEN DOOR DE FIRMA (bevestiging wordt u per e-mail teruggestuurd)

Klantnummer E-mail

Bestelnummer Goedkeuring

Besteldatum / /

INFORMATIE VOOR DE APOTHEKER

Verwachte leveringsdatum / / Referentie: IND HUK

RESET

Gelieve deze aanvraag te mailen naar hukyndrarequest@eg.be