

Aanvraagformulier voor niet geregistreerde allergenen

Verzekerde

Voorletter(s) en achternaam _____ M* V*
Geboortedatum _____ Verzekernummer _____
Straat en huisnummer _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoonnummer _____ Naam huisarts _____

Aanvraag allergenen

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor niet geregistreerde allergenen die niet via een specifiek aanvraagformulier aangevraagd kunnen worden. U kunt de lijst met specifieke aanvraagformulieren raadplegen op www.ZN.nl/zorgaanbieders.

Naam middel

Indicatie en motivering waarvoor het middel wordt voorgeschreven

Relevante wetenschappelijke literatuur (minimaal 2 studies) of verwijzingen naar die literatuur

Dosering per dag _____

Gewenste duur van de behandeling _____

Verklaring behandelend (huis)arts/specialist/gespecialiseerd verpleegkundige

Behandelend (huis)arts specialist gespecialiseerd verpleegkundige*

Naam arts/verpleegkundige _____

Plaats _____

Naam ziekenhuis (indien van toepassing) _____

Telefoonnummer
praktijk/ziekenhuis _____

Naam contactpersoon _____ M* V*

Telefoonnummer contactpersoon _____

Stempel behandelend arts/verpleegkundige

Handtekening behandelend arts/verpleegkundige

Datum _____



Ondertekening

Ondertekening door verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Deze gegevens kunnen worden gebruikt ten behoeve van het geven van opdrachten aan zorgaanbieders voor het vervaardigen en/of leveren van passende en/of de juiste niet geregistreerde allergenen.

Verder verklaart ondergetekende er geen bezwaar tegen te hebben dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het verstrekken van niet geregistreerde allergenen zo nodig aanvullende informatie bij behandelend (huis)arts, specialist of gespecialiseerd verpleegkundige kan opvragen. De gegevens worden voor geen andere doelen aangewend dan hierboven omschreven.

Datum _____

Handtekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

Vul dit formulier volledig in. Wij nemen geen formulieren in behandeling die onvolledig zijn ingevuld.

Stuur dit formulier naar:

Eno

t.a.v. adviserend geneeskundige

Postbus 166

7400 AD Deventer

* Aankruisen wat van toepassing is