

AANVRAAG KOSTELOZE HUKYNDRA® voor de inductiedosis bij de ziekte van Crohn

Dit document dient als aanvraag voor levering van HUKYNDRA aan de ziekenhuisapotheker of perifere apotheker (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

Ik bevestig dat de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Bij deze vraag ik de firma om 2 of 3 gratis verpakkingen (zie keuze behandelingsschema onderaan) te leveren aan de ziekenhuisapotheker of perifere apotheker, om de inductiebehandeling met HUKYNDRA te kunnen starten (cfr KB21/ 12/ 2001Hfdst IV§4550000 en KB01/ 02/ 2018 Hfdst IV§8820000).

Smit Pen

80mg op week 0 en 40mg op week 2

- 2 verpakkingen HUKYNDRA (4 voorgevulde spuiten/pennen van 40mg)
 2 verpakkingen HUKYNDRA (1 voorgevulde spuit/pen van 80mg + 2 voorgevulde spuiten/pennen van 40 mg)

160mg op week 0 en 80mg op week 2

- 3 verpakkingen HUKYNDRA (6 voorgevulde spuiten/pennen van 40mg)
 3 verpakkingen HUKYNDRA (3 voorgevulde spuiten/pennen van 80mg)

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