

# AANVRAAG KOSTELOZE HUKYNDRA® 40mg WEKELIJKS of 80mg OM DE WEEK 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) **Hukyndra 40 mg**

### 80mg OM DE WEEK:

Ik vraag ..... (Max. 6) verpakkingen (1 voorgevulde spuit/pennen per verpakking) **Hukyndra 80 mg**

om de wekelijkse behandeling of behandeling om de week 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 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.