

## ARTSENVERKLARING

2

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

3

HANDTEKENING ARTS  
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde  
handtekeningIngevuld formulier is bestemd voor  
Transvaal apotheek  
Kempstraat 113, 2572 GC Den Haag  
AGB 02009062

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

## KINIDINE/DEXTROMETHORFAN

Ondergetekende, arts, schrijft kinidine/dextromethorfan voor aan deze verzekerde

STATUS: geldig  
HB12.1-001 - FOR  
OPSTELDATUM: 11-05-2022 NC  
REVISIE: 5 (26-01-2023)  
VOOR HET LAATST HERZIEN: -  
AUTORISATIE: PL

- |   |  |      |
|---|--|------|
| 1 | Vanwege ALS (amyotrofische laterale sclerose)          | ALS  |
|   | Vanwege PLS (primaire laterale sclerose)               | PLS  |
|   | Vanwege PSMA (progressieve spinale musculaire atrofie) | PSMA |
|   | Vanwege PBP (progressieve bulbaire parese)             | PBP  |

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

1 VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens  
volledig in

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 2 | Verzekerde lijdt aan pseudobulbaire klachten | JA, ga naar 3<br>NEE (geen vergoeding door zorgverzekeraar) |
|---|--|---|

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 3 | Verzekerde lijdt aan de volgende pseudobulbaire klachten | dwanghuilen<br>dwanglachen<br>dwanggapen<br>anders, namelijk: |
|---|--|---|

naam:

geboortedatum:

BSN:

Verzekeraar

polisnummer:

adres:

## 4 GENEESMIDDELKEUZE

Kies capsules indien patiënt een sonde heeft

- Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg tablet  
(ZI: 16930819)
- Kinidine/dextromethorfan 10/20 mg capsule  
(ZI: 16768647)
- Kinidine/dextromethorfan 10/30 mg capsule  
(ZI: 16947797)

ruimte voor patiëntenetiket

- |   |  |
|---|--|
| 4 | Ruimte voor patiënt specifieke tekst (verplicht in te vullen door arts):<br><br>Welke alternatieven zijn er al geprobeerd en met welk resultaat? |
|---|--|

ruimte voor praktijkstempel