

NIET MEEGEEVEN AAN DE PATIËNT !

Vul in of gebruik ponsplaatje	
naam : _____ M / V adres : _____ woonplaats : _____ zorgverz. : _____ polisnr. : _____ geb. datum : _____ telefoon : mobiel :	
naam arts : _____ instelling : _____ adres : _____ pc / plaats : _____ telefoon : _____ fax : _____	Indicatie: <input type="checkbox"/> Reumatoïde Artritis <input type="checkbox"/> Artritis Psoriatica <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LABAG formulieren bijgesloten <input type="checkbox"/> LABAG formulieren zelf opgestuurd <input type="checkbox"/> kopie LABAG goedkeuring bijgesloten	
R/ 3 x Humira® - 2 voorgevulde injecties 40mg in 0,8 ml S/ 1 injectie SC per 14 dagen lter 3 x	
Handtekening : Datum :	

Fax dit formulier samen met de volledig ingevulde LABAG formulieren naar 046 – 6311169. De originelen dient u vervolgens kosteloos te versturen met behulp van een antwoordenvolop naar ApotheekZorg, Antwoordnummer 30003, 6170 XV Elsloo