

Dit formulier is bedoeld voor het aanvragen van een vergoeding voor het gebruik van een taperingstrip voor de afbouw van venlafaxine. U komt voor vergoeding in aanmerking als u aan alle voorwaarden voldoet. Het is belangrijk dat dit formulier volledig is ingevuld en door u en de voorschrijver is ondertekend.

### 1 Gegevens verzekerde

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnr.	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
BSN-nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2 Gegevens voorschrijver

Naam	<input type="text"/>
Specialisme	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
AGB-code	<input type="text"/>

### 3 Voorwaarden

De afbouw betreft venlafaxine, waarbij het uitsluitend gaat om een afbouw van 37,5 mg naar 0 mg.

Akkoord?  Ja  Nee

Wij vergoeden de taperingstrip eenmalig en voor 28 dagen<sup>1)</sup>.

Akkoord?  Ja  Nee

De patiënt/verzekerde heeft nog niet eerder een taperingstrip voor dit doel gebruikt.

Akkoord?  Ja  Nee

<sup>1)</sup> Wij vergoeden maximaal € 151,88 voor de taperingstrip.

Handtekening voorschrijver	<input type="text"/>	Handtekening verzekerde	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar: De Friesland, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden