AANVRAAG MACHTIGING Iloprost inhalatie

Deze aanvraag te mailen aan **DSalkmaarA2verzoeken@unive.nl**.

verzekerdegegevens	ruimte voor ponsplaatje
vul gevraagde gegevens volledig in naam: …… adres: …… woonplaats: …… geboortedatum: …… polisnummer: …… zorgverzekeraar:……	

NOTA BENE: u kunt voor maximaal 3 maanden voorschrijven; er kan voor maximaal 1 maand afgeleverd worden

R Iloprost inhalatie

…..x 2,5 microg
…..x 5,0 microg

eerste aanvraag: ja/nee*
vervolg aanvraag: ja/nee*
startdatum gebruik van *dit* recept Iloprost inhalatie:

1. schrijft aan bovengenoemde verzekerde iloprost voor inhalatie voor in verband met pulmonale arteriële hypertensie NYHA-klasse III of IV ja/nee
*2. **en** is longarts/cardioloog/reumatoloog, participerend in een multidisciplinair samenwerkingsverband **en** is verbonden aan een Universitair Medisch Centrum of Sint Antoniusziekenhuis Nieuwegein ja/nee*

de farmacotherapie bestaat uit:
3a. Iloprost voor inhalatie in combinatie met een oraal geneesmiddel (Ambrisentan, bosentan, Sitaxentan of Sildenafil) ja/nee

3b. Iloprost voor inhalatie als monotherapie ja/nee
***en** verzekerde heeft de primaire vorm van pulmonale arteriële hypertensie ja/nee*
***en** behandeling met één van de orale geneesmiddelen Ambrisentan, bosentan, Sitaxentan of Sildenafil, of een combinatie van twee orale geneesmiddelen heeft onvoldoende resultaat ja/nee*
***of** behandeling met epoprostenol intraveneus of treprostinil subcutaan is niet noodzakelijk of is niet mogelijk vanwege bijwerkingen of contra-indicaties ja/nee*

voorschrijversgegevens

naam arts: **handtekening arts:**
AGB-code arts:
instelling:
plaats:
telefoonnummer: **datum:**

doorhalen wat **niet van toepassing is*