

# AANVRAAG KOSTELOZE HUKYNDRA® voor de inductiedosis bij 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 ..... Geboortejaar .....

Ik bevestig dat de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden. Bij deze vraag ik de firma om 2 of 3 gratis verpakkingen (zie keuze behandelingsschema onderaan) te leveren aan de ziekenhuisapotheker, om de inductiebehandeling met HUKYNDRA te kunnen starten (cfr KB21/ 12/ 2001Hfdst IV\$4550000 en KB01/ 02/ 2018 Hfdst IV\$8820000).

#### **80mg op week 0 en 40mg op week 2 (max. 2 verpakkingen)**

- ... HUKYNDRA 2-pack verpakking 40 mg VOORGEVULDE PEN
- ... HUKYNDRA 2-pack verpakking 40 mg VOORGEVULDE SPUIT
- ... HUKYNDRA 1-pack verpakking 80 mg VOORGEVULDE PEN
- ... HUKYNDRA 1-pack verpakking 80 mg VOORGEVULDE SPUIT

#### **160mg op week 0 en 80mg op week 2 (max. 3 verpakkingen)**

- ... HUKYNDRA 2-pack verpakking 40 mg VOORGEVULDE PEN
- ... HUKYNDRA 2-pack verpakking 40 mg VOORGEVULDE SPUIT
- ... HUKYNDRA 1-pack verpakking 80 mg VOORGEVULDE PEN
- ... HUKYNDRA 1-pack verpakking 80 mg VOORGEVULDE SPUIT

### IDENTIFICATIE VAN DE APOTHEKER

Naam: ..... Adres: .....  
E-mail: ..... Stad: .....  
Telefoon: ..... Postcode: .....

### 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

### IN TE VULLEN DOOR DE FIRMA (bevestiging wordt u per e-mail teruggestuurd)

Referentie: .....

**RESET**

Gelieve deze aanvraag te mailen naar [hukyndrarequest@eg.be](mailto:hukyndrarequest@eg.be)