BIJLAGE C: Model van formulier voor verlenging:
Aanvraagformulier tot VERLENGING van de terugbetaling van de specialiteit op basis van rivastigmine pleisters voor transdermaal gebruik (§ 4680000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II – Aanvraag tot VERLENGING (na tenminste 6 maanden terugbetaling):

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat deze patiënt, momenteel voldoet aan alle voorwaarden die vereist zijn voor het verkrijgen van een verlenging na ten minste 6 maanden terugbetaling, zoals ze vermeld zijn in punt f) van § 4680000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

Voorwaarden met betrekking tot het verkrijgen van een MMSE-score die niet lager ligt dan 10 (Mini Mental State Examination);
Voorwaarden met betrekking tot de nut van het voortzetten van de behandeling, gebaseerd op een globale evaluatie van de patiënt door de geneesheer specialist vermeld in punt a) 1, die tenminste een globale klinische evaluatieschaal zoals Clinical Global Impression of Change schaal (CGI-C) omvat.

Bovendien verbind ik me ertoe de bewijselementen die stellen dat de betrokken patiënt zich in de beschreven situatie bevond ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

III – Gevraagde specialiteit en modaliteiten met betrekking tot de evolutie van de patiënt:

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs een verlenging van de terugbetaling moet krijgen van pleisters op basis van rivastigmine voor transdermaal gebruik.
(vermeld hieronder de dosering, het type en het aantal gewenste verpakkingen)

☐ pleisters op basis van rivastigmine voor transdermaal gebruik (maximale dagelijkse dosering van 9,5 mg/24u)
Gewenste dosering: _____
Gewenst type verpakking: _____
Gewenst aantal verpakkingen: _____

☐ pleisters op basis van rivastigmine voor transdermaal gebruik (maximale dagelijkse dosering van 13,3mg/24u)
Gewenste dosering: 13,3mg/24u
Gewenst type verpakking: _____
Gewenst aantal verpakkingen: _____

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de terugbetaling van het eventueel voorschrijven van de toegestane specialiteit aan te vragen wanneer de intensiteit van de problemen verbonden met de evolutie van de ziekte van Alzheimer, gemeten door een MMSE, bij mijn patiënt een score van minder dan 10 oplevert bij de uitvoering van deze test, en dit twee keer na elkaar met een tussenperiode van een maand.

IV – Identificatie van de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1_| - |_|_|_|_| - |_|_| - |_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)

Reset

Versie geldig vanaf 01.04.2015