

TERUGBETALINGSAANVRAAG BONVIVA® 3 MG, OPLOSSING VOOR INJECTIE IN VOORGEVULDE SPIJT

(ibandroninezuur, Roche)

TER ATTENTIE VAN DE ADVISERENDE GENEESHEER

Naam van de patiënte:
Adres van de patiënte:
Naam van de verzekerde:
Verzekeringsorganisme / ziekenfonds:
Inschrijvingsnummer:

of kleeftbriefje van het ziekenfonds

Nieuwe patiënte

- Ik ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde, verklaar dat deze gemenopauzeerde patiënte osteoporose heeft en dat de behandeling met een bisfosonaat langs orale weg gecontra-indiceerd is. De osteoporose werd bevestigd door:**
- OFWEL** een antecedent van een vertebrale fractuur gedefinieerd door een vermindering van ten minste 25% en ten minste 4 mm in absolute waarde, van de hoogte van de voor- of de achterrand of van het centrum van de beschouwde wervel, aangetoond door een radiologisch onderzoek. (Protocol in bijlage.)
 - OFWEL** een T-score, berekend ten opzichte van een vrouwelijke referentiepopulatie van < -2,5 ter hoogte van de lumbale wervelkolom (L1-L4 of L2-L4) of van de heup (volledige zone of zone van de heup) bij een onderzoek uitgevoerd met radiologische absorptiometrie met dubbele energie (DEXA). (Protocol in bijlage.)
- Op basis van deze elementen vraag ik aan de Adviserende Geneesheer de terugbetaling te aanvaarden voor een periode van 12 maanden (maximum 4 verpakkingen) van:**
Bonviva 3 mg IV 4x/jaar (verpakking van 1 voorgevulde spuit)

Verlenging van de behandeling met Bonviva 3 mg IV

- De verlenging van de behandeling met Bonviva 3 mg IV wordt aangevraagd voor een nieuwe periode van 12 maanden (maximum 4 verpakkingen)**
De patiënte bekwaam reeds een machtiging tot terugbetaling van een behandeling met Bonviva 3 mg IV (attest nr: _____)

Overschakeling naar Bonviva 3 mg IV

- Deze patiënte is gemenopauzeerd en heeft osteoporose, dit rechtvaardigde de terugbetaling van een behandeling met:**
alendronaat of risedronaat of ibandronaat of etidronaat of raloxifen (**schrapen wat niet past**) attest nr: _____
- Ik vraag de overschakeling van behandeling naar Bonviva 3mg IV voor een periode van 12 maanden (max. 4 verpakkingen)**
daar bij deze patiënte een behandeling met een bisfosonaat langs orale weg gecontra-indiceerd is

Met collegiale groeten,

Datum: _____ Handtekening: _____

Stempel van de behandelende arts: