

## Aanvraag tot terugbetaling

### **Gabapentine EG<sup>®</sup>**

Ondergetekende, Geneesheer, verzoekt de Adviserende Geneesheer om de terugbetaling voor **Gabapentine EG<sup>®</sup>** aan:

#### **Patiënt**

\_\_\_\_\_  
Naam en voornaam:.....

Adres:.....

Gemeente:.....Postcode:.....

\_\_\_\_\_ of vignet \_\_\_\_\_

Toe te staan in:

categorie **A**

- Voor de aanvullende behandeling van aanvallen van partiële epilepsie, samen met conventionele anti-epileptica bij patiënten die onvoldoende gecontroleerd worden door deze anti-epileptica, alleen of samen gebruikt.
- De geneesheer specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie verstrekt aan de adviserend geneesheer een omstandig verslag waarin wordt aangetoond dat de patiënt aan bovengenoemde criteria voldoet.
- 1ste aanvraag voor een periode van ....maanden (max.12 maanden)
- Verlenging voor een periode van .....maanden (max. 12 maanden)

Datum, stempel en handtekening :