Aanvraagformulier :
Aanvraagformulier tot vergoeding van de specialiteit INTRON A (§ 420200 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001)

I. Identificatie rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):

II. ⊔ Eerste aanvraag:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, verklaar dat de voormelde volwassen patiënt(e) lijdt aan een chronische actieve hepatitis B waarbij het diagnostisch bilan alle volgende elementen bevat:

⊔ HBs antigen aanwezig sinds meer dan 6 maand
en
⊔ HBV-DNA gehalte bedraagt ……...IU/ml
en
⊔ twee recent gestegen ALT-waarden van …….U/l en …….. U/l
en
⊔ leverbiopsie. Deze leverbiopsie is niet vereist bij hemofilie ⊔ of behandeling met anticoagulantia ⊔.

Ik vraag de terugbetaling van INTRON A aan met een dosering van ……. miljoen IE (tussen 5 à 10 miljoen IE) SC driemaal per week gedurende …….. maanden (maximaal 8 maanden).

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

III. ⊔ Tweede aanvraag:

Ik, ondergetekende, arts-specialist in de gastro-enterologie of inwendige geneeskunde, vraag voor voormelde volwassen patiënt(e) die lijdt aan een chronische actieve hepatitis B, een 2de maal de terugbetaling van INTRON A aan, waarbij het diagnostisch bilan alle volgende elementen bevat:

⊔ HBV-DNA gehalte bedraagt recent ……...IU/ml.
en
⊔ twee recent gestegen ALT-waarden van …….U/l en …….. U/l.

Ik vraag opnieuw de terugbetaling van INTRON A aan met een dosering van ……. miljoen IE (tussen 5 à 10 miljoen IE) SC driemaal per week gedurende …….. maanden (maximaal 8 maanden).

Ik bezorg desgevraagd de bewijsstukken waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, aan de adviserend geneesheer.

IV. Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

	(naam)
	(voornaam)
1 -	(n° RIZIV)
/ /	(datum)

(stempel) ..... (handtekening van de arts)