

# AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN RELISTOR®

## Identificatie rechthebbende

Naam: .....

Voornaam: .....

Ziekenfonds: .....

V. I. nr: .....

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt aan alle voorwaarden voldoet onder punt a) van § 5230000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21.12.2001:

- 1) Voorwaarden aangaande de aanwezigheid van een opioïd- geïnduceerde constipatie die niet of onvoldoende reageert op een voldoende gedoseerde laxeerbehandeling.
- 2) Voorwaarden aangaande het feit dat deze opioïd-geïnduceerde constipatie heeft gereageerd op minstens één subcutane toediening van RELISTOR® op een maximum van drie.
- 3) Voorwaarden aangaande het feit dat de patiënt zich in een medische situatie bevindt die palliatieve verzorging vereist, van één of meerdere onomkeerbare aandoeningen, waarvan de evolutie ongunstig is, met een ernstige algemene vermindering van zijn lichamelijke/psychische toestand, bij wie de therapeutische interventies en de revaliderende behandeling deze ongunstige evolutie niet meer beïnvloeden, en voor wie de therapeutische beoordeling van de aandoening(en) slecht is en het overlijden wordt verwacht binnen korte termijn (levenswachting van meer dan 24 uur en minder dan drie maanden).

Het betreft een eerste aanvraag.

Het betreft een aanvraag tot verlenging van de eerder toegekende eerste terugbetaling, en ik bevestig dat de verlenging van de toediening van de behandeling medisch verantwoord is.

Bovendien houd ik de bewijsstukken die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt ter beschikking van de adviserend geneesheer. Op basis van deze elementen, vraag ik voor mijn patiënt de terugbetaling van 4 verpakkingen van 7 flacons van RELISTOR® voor een periode van 2 maanden.

## Identificatie van de behandelende geneesheer

Naam: .....

Voornaam: .....

RIZIV nr: .....

Datum: .....

Handtekening:

stempel
---------