

Attest aanvraag van terugbetaling :

Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling)

Gewicht van de patiënt : kg

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist, verklaar dat de hoger vermelde patiënt in aanmerking komt voor de vergoedbare behandeling met Dipeptiven, overeenkomstig alle volgende criteria :

Criteria voor totale parenterale voeding :

- Voedingsondersteuning is noodzakelijk.
- Er is onvoldoende aanbrengh via enterale weg mogelijk gedurende tenminste 5 dagen.
- Verwachte duur van de parenterale voeding bedraagt minstens 5 dagen.

Criterium voor Dipeptiven :

- Deze patiënt had tijdens dezelfde hospitalisatie recent een zware heekkundige ingreep bestaande uit resectie van kwaadaardig gezwel in
 - het bovenste spijsverteringsstelsel
 - het jejunum, ileum of colorectale gebied
 - het duodenum of de pancreas

Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIVnr.)

Datum :

Handtekening :

Stempel