



- 8. Gehooronderzoek door een audiogram;
- 9. Indien de huidige aanvraag, een aanvraag tot verlenging van de toelating betreft, voeg ik in bijlage tevens een expliciete klinische motivatie geven met de wens om de behandeling voort te zetten, gebaseerd op ondermeer de functionele evolutie van de verschillende systemen.

3. Wat mijn praktijk en de identificatie van de referentie ziekenhuisapotheker aangaat:

3.1. Ik ben sinds  /  /  verbonden aan het Centrum zoals hieronder weergegeven, dat erkend is in het kader van de Conventies van revalidatie van begunstigen die lijden aan een zeldzame erfelijke monogenetische metabole ziekte:

- De exacte naam en adres van dit Centrum zijn de volgende:  
 .....  
 .....
- identificatienummer van de RIZIV conventie van dit Centrum: 7.89 -  -  (in bijlage voeg ik het attest van de verantwoordelijke arts van dit Centrum, die de verbondenheid bevestigt)

3.2. Identificatie de betrokken ziekenhuisapotheker, die samenwerkt met het vermelde Centrum:

- Naam en voornaam : .....
- RIZIV nummer van het ziekenhuis waaraan deze ziekenhuisapotheker verbonden is:  
 7.10 -  -  -   
 Adres :  
 .....  
 .....

4. Ik verbind me ertoe aan de geneesheer-adviseur de bewijsstukken ter beschikking te stellen, die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde toestand bevindt.

5. Ik verbind me ertoe, indien mijn patiënt de vergoeding van de specialiteit ELAPRASE zal verkregen hebben, aan het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de gecodeerde gegevens mee te delen in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven onder punt f) van de § 4430000 van Hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

6. Ik weet dat de terugbetaling van de behandeling onderworpen is aan het feit dat, per machtigingsperiode van 6 maanden, de verpakkingen nodig voor één van de wekelijkse infusies gratis geleverd worden door de door de vergunninghouder (Shire Human Gebnetic Therapies AB). Ik engageer mij om de nodige stappen te zetten om aan deze bepaling te voldoen:

- het gaat om een eerste aanvraag;
- het gaat om een verlenging van de aanvraag en ik verklaar dat de door deze bepaling betrokken perfusie toegediend werd tijdens de vorige machtigingsperiode op datum van  /  / .

7. Op basis van alle geattesteerde elementen hierboven en alle noodzakelijke documenten toegevoegd in bijlage van dit formulier, bevestig ik dat mijn patiënt de terugbetaling van een behandeling van 6 maanden met de specialiteit ELAPRASE dient te krijgen met een dosering van 0,5 mg/kg lichaamsgewicht, toegediend 1x per week

**III – Identificatie van de geneesheer –specialist in punt hierboven :**

(naam)  
 (voornaam)  
 1 -  -  -  (RIZIV nummer)  
 /  /  (datum)



stempel

.....

(handtekening van de geneesheer)