

☐ Het betreft een aanvraag tot verlenging: Deze patiënt heeft al de terugbetaling verkregen voor minstens één behandelingsperiode van 360 dagen voor een triple vaste associatie van een inhalatiecorticosteroïde, een langwerkende bèta-agonist en een langwerkend anticholinergicum

Ik attesteer dat deze behandeling doeltreffend is gebleken ten opzichte van de klinische situatie van de patiënt voor het opstarten van de behandeling met een verbetering van de klinische toestand van de patiënt. Op basis van deze doeltreffendheid, attesteer ik dat deze patiënt de verlenging van de terugbetaling nodig heeft van een triple vaste associatie van een inhalatiecorticosteroïde, een langwerkende bèta-agonist en een langwerkend anticholinergicum voor een behandeling van COPD, en vraag ik bijgevolg de vergoeding aan de door de SKP aanbevolen dosis voor een periode van 360 dagen.

Ik weet dat de gelijktijdige terugbetaling met andere vormen van langwerkende anticholinergica (cat. B-267), langwerkende bèta-agonisten (cat. B-216 en cat. B-245) of inhalatiesteroïden (B-245) nooit toegestaan is.

III – Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld:

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)