Model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit Arixtra 2,5 mg (§ 8650000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

I - Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

Naam: ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Voornaam: ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Inschrijvingsnummer : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

II - Elementen te bevestigen door de arts die verantwoordelijk is voor de behandeling:

Ik, ondergetekende, arts, bevestig dat de voorwaarden zoals gesteld in § 8650000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001 zijn voldaan voor de vergoeding van de toediening van de specialiteit Arixtra aan deze patiënt.

Ik verklaar dat de patiënt minstens 18 jaar of ouder is, voor de behandeling van de acute symptomatische spontane oppervlakkige veneuze trombose van de onderste ledematen zonder gediagnosticeerd bijkomende diep-veneuze trombose.

De patiënt vertoont acute, symptomatische, geïsoleerde spontane oppervlakkige veneuze trombose van de onderste ledematen, met een lengte van ten minste 5 cm, gediagnosticeerd via echografisch onderzoek, nadat een oppervlakkige veneuze trombose binnen 3 cm van de saphenofemorale verbinding is uitgesloten

Ik verbind mij ertoe aan de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te stellen die aantonen dat mijn patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

Op basis van de hierboven vermelde gegevens verklaar ik dat de patiënt de vergoeding van de specialiteit Arixtra 2,5 mg dient te ontvangen, rekening houdend met een maximale dosis van 2,5 mg één keer per dag, via subcutane injectie, met een maximum van 40 dagen.

III - Identificatie van de behandelde arts

Naam: ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

Voornaam: ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

RIZIV N° : 1- ⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔

Datum: ⊔⊔- ⊔⊔ - ⊔⊔⊔⊔

(STEMPEL)

(HANDTEKENING VAN DE ARTS)