BIJLAGE A
Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit AZARGA (§ 5160000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende:

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (naam)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (voornaam)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (inschrijvingsnummer)

Ik ondertekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist in de oftalmologie, verklaar dat de hoger vermelde patiënt in behandeling voor open-kamerhoekglaucoom of oculaire hypertensie:

⊔ 1°. een onvoldoende respons heeft vertoond op een bèta-blokker voor oftalmologisch gebruik indien ze gebruikt wordt in monotherapie;
⊔ 2°. reeds behandeld werd met AZARGA suspensie (niet-terugbetaald) gedurende 6 maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding van de huidige paragraaf. Ik bevestig dat bij deze patiënt deze behandeling doeltreffend is gebleken, en dat het medisch gezien momenteel niet wenselijk is om een verandering van behandeling te realiseren bij deze rechthebbende.

Bovendien, verklaar ik dat deze patiënt geen intolerantie, noch contra-indicatie vertoont voor bèta-blokkers voor oftalmologisch gebruik (met name : bronchiaal astma, een ernstige chronische aspecifieke respiratoire aandoening, sinusale bradycardie, een AV-blok van tweede of derde graad, manifeste hartinsufficiëntie, of cardiogene shock). Ik houd de bewijselementen die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer, vooral de resultaten van de metingen van de oogdruk.

II – Eerste aanvraag:

Ik vraag voor mijn patiënt de terugbetaling van de specialiteit AZARGA voor een eerste periode van : ⊔⊔ maand (maximaal 12 maand)

III – Aanvraag tot verlenging:

Ik bevestig dat de behandeling doeltreffend bleek te zijn bij deze patiënt, en ik vraag voor hem de verlenging van de terugbetaling van de specialiteit AZARGA voor een nieuwe periode van : ⊔⊔ maand (maximaal 12 maand).

IV – Identificatie van de geneesheer-specialist in de oftalmologie:

⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (naam)
⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔ (voornaam)
1-⊔⊔⊔⊔⊔-⊔⊔-⊔⊔⊔ (RIZIV nr.)

⊔⊔ / ⊔⊔ / ⊔⊔⊔⊔ (datum)

(stempel) ……..(handtekening van de geneesheer)