AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN

BELSAR®

Klever ziekenfonds of door de verzekerde in te vullen

Naam en voornaam van de patiënt: .....

Naam van de verzekerde: .....

Adres van de patiënt: .....

.....

Ziekenfonds: .....

Inschrijvingsnummer: .....

Ter attentie van de Adviserende Geneesheer

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, vraagt de Adviserende Geneesheer voor bovengenoemde patiënt:

❑ **De terugbetaling van BELSAR®**
(10 mg (x28), 20 mg (x28, x98), 40 mg (x28, x98))
voor een periode van ..... maanden (maximum 12 maanden) voor de behandeling van arteriële hypertensie waarvan de behandeling met de huidige middelen niet voldoet om de therapeutische objectieven te bereiken en/of onaanvaardbare nevenwerkingen stelt. Ik verwacht dit klinisch probleem op te heffen door een behandeling met BELSAR.
Vorige behandelingen:

.....

.....

.....

.....

❑ **De verlenging van de terugbetaling van BELSAR®**
(10 mg (x28), 20 mg (x28, x98), 40 mg (x28, x98))
voor een periode van ..... maanden (maximum 12 maanden) na een nieuwe evaluatie van de toestand:

.....

.....

Nr. van vorig attest: .....

Stempel voorschrijvende arts

Datum: .... / .... / ....

Handtekening voorschrijvende arts: