

BIJLAGE A: Aanvraagformulier

Terugbetalingsaanvraag formulier voor de specialiteit ECALTA (§ 5030000 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001)

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer)

XX

II – Gegevens te verklaren door de behandelende geneesheer :

Ik ondergetekende, geneesheer specialist, verklaar dat de hierboven vermelde volwassen, niet-neutropene patiënt lijdt aan een bewezen invasieve candidiasis en dat hij voldoet aan minstens 1 van de voorwaarden vermeld onder § 5030000 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001:

- Candida krusei*
- Candida resistent in vitro aan fluconazole
- refractair aan fluconazole of aan itraconazole of aan amfotericine B
- intolerantie aan amfotericine B en waarbij een azole behandeling tegenaangewezen

Ik verbind me ertoe de bewijselementen die stellen dat de betrokken patiënt zich in de beschreven situatie bevond ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

III - Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

Naam: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Voornaam: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
RIZIV-nr: 1- XXXXXX-XX-XXXX
Datum: XX- XX - XXXXX

(STEMPEL)	(HANDTEKENING VAN DE ARTS)
-----------	----------------------------