BIJLAGE A: Model van formulier voor eerste aanvraag:

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

□□□

II – Aanvraag tot terugbetaling van een EERSTE behandelingsperiode:
Elementen die de geneesheer die verantwoordelijk is voor de behandeling moet bevestigen:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat hij tegelijkertijd voldoet aan alle voorwaarden die vermeld zijn in punt a) en punt b) van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Voorwaarden betreffende de diagnose bevestigd door een psychiater, een neuropsychiater, een internist-geriater of een neuroloog, op basis van de DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4de uitgave);
- Voorwaarden betreffende het behalen van een MMSE-score hoger of gelijk aan 12 (Mini Mental State Examination), met, wanneer de MMSE-score hoger is dan 24, bevestiging van de diagnose door een ADAS-cog (cognitive scale of the Alzheimer Disease Assesment Scale) of een CAM-cog (cognitive section of the CAMDEX [Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination]);
- Voorwaarden betreffende de afwezigheid van een herseninfarct, bevestigd door beeldvormingstechnieken van de hersenen, aangetoond door computergestuurde tomografie, of door kernspinresonantie;
- Voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een functionele evaluatie van de betrokken patiënt, waaronder minstens een basale ADL (Activities of Daily Living) door gebruik te maken van de 6 items van de Katz-schaal, een instrumentele ADL door gebruik te maken van de 9 punten van de Lawton-schaal, evenals een gedragsobservatie met een Global Deterioration Scale en een schaal van gedragsstoornis (NPI of NeuroPsychiatric Inventory);
- Voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een voorstel van een multidisciplinaire structuur van zorgen en van ondersteuning van de omgeving van de betrokken patiënt, met name volgens de behoeften die zijn vastgesteld bij de functionele evaluatie waarvan in vorige alinea sprake, en volgens de specifieke behoeften wanneer de patiënt thuis wordt verzorgd en wanneer hij wordt opgenomen in een verzorgingsinstelling, met betrokkenheid van de behandelende huisarts en de specialist zoals vermeld in het eerste punt hierboven.

Ik bevestig dat ik het formulier met de klinische beschrijving betreffende deze patiënt, de functionele evaluatie en het voorstel voor multidisciplinaire verzorgingsstructuur ter beschikking houd van de adviserend geneesheer, waarvan het model is opgenomen in bijlage B van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001, en waarvan alle rubrieken behoorlijk ingevuld zijn, met met name de handtekeningen van de behandelende huisarts en de geneesheer-specialist, zoals vermeld in de vorige alinea.

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.
Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van zes maanden noodzakelijkerwijs de terugbetaling moet krijgen van de volgende specialiteit:

□ **..** (maximale dagelijkse dosering van 240 mg)

Bovendien verbind ik mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de toegestane specialiteit voor te schrijven wanneer de intensiteit van de problemen verbonden met de evolutie van de ziekte van Alzheimer, gemeten door een MMSE, bij mijn patiënt een score van minder dan 12 oplevert bij de uitvoering van deze test, en dit twee keer na elkaar met een tussenperiode van een maand.

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddel, om de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt i) van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

III– Identificatie van de geneesheer die verantwoordelijk is voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)
1-□□□□□-□□-□□□ (N°RIZIV)
□□ / □□ / □□□□ (Datum)

(STEMPEL) .... (HANDTEKENING VAN ARTS)

BIJLAGE B: Model van het formulier voor klinische beschrijving, functionele evaluatie en voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur:

Formulier voor klinische beschrijving, functionele evaluatie en voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur (§ 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor specialiteiten op basis van gestandaardiseerd extract van Ginkgo biloba)
(Dit formulier moet worden bewaard door de geneesheer die verantwoordelijk is voor de behandeling en moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend geneesheer van de betrokken rechthebbende)

<u>I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):</u>

□□

<u>II – Specifiek uniek nummer, door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling toegekend aan de patiënt:</u>
(in te vullen door de geneesheer die verantwoordelijk is voor de behandeling , bij ontvangst van de mededeling van dit nummer door de adviserend geneesheer)
□□□□/□□/□□/ □□□ / □□□

<u>III - Elementen met betrekking tot de klinische situatie van de patiënt:</u>

De hierboven vermelde patiënt:

1. Lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, waarvan de diagnose klinisch werd gesteld volgens de DSM-IV-criteria:

- Criterium A:
  De ontwikkeling van multipele cognitieve problemen wordt aangetoond door de volgende elementen:
  □ Geheugenproblemen
  □ Een (of meerdere) van de volgende cognitieve problemen:
  □ afasie
  □ apraxie
  □ agnosie
  □ problemen met uitvoerende functies
- Criterium B:
  □ De cognitieve problemen van criterium A veroorzaken elk een aanzienlijke beperking van het professioneel of sociaal functioneren en vertegenwoordigen een aanzienlijke achteruitgang ten opzichte van het vroegere functioneringsniveau.
- Criterium C:
  □ Het verloop van de ziekte wordt gekenmerkt door een gradueel begin en een progressieve achteruitgang van decognitieve functies.
- Criterium D:
  De cognitieve problemen zijn niet het gevolg van een van de volgende factoren:
  □ Andere aandoeningen van het centraal zenuwstelsel die progressieve problemen met het geheugen en de cognitie met zich meebrengen (bijvoorbeeld een cerebrovasculaire aandoening, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, een subduraal hematoom, hydrocefalie "bij normale druk", een hersentumor);
  □ Systeemziekte waarvan gekend is dat ze dementie veroorzaakt (bijvoorbeeld hypothyroïdie, tekort aan vitamine B12 of foliumzuur, tekort aan nicotinezuur, te hoog calciumgehalte, HIV-besmetting);
  □ Problemen met toxicomanie
- Criterium E:
  □ De problemen treden niet alleen op tijdens het verloop van een delirium.
- Criterium F:
  □ De problemen zijn niet te wijten aan andere aandoeningen van het centraal zenuwstelsel zoals depressie of schizofrenie.

2. Heeft de volgende resultaten behaald op de cognitieve testen:
   - MMSE of Mini Mental State Examination: score van □□/30 (minstens 12) op □□/□□/□□□□ (Datum);
   - Als MMSE hoger is dan 24, bevestiging van de diagnose door:
     □ ADAS-cog (cognitive scale of the Alzheimer Disease Assesment Scale) op □□/□□/□□□□ (Datum);
     □ CAM-cog (cognitive section of the CAMDEX) op □□/□□/□□□□ (Datum);

3. Lijdt niet aan herseninfarct, wat werd bevestigd op □□/□□/□□□□ (Datum), door het volgende onderzoek:
   □ CT-scan
   □ MR onderzoek

IV - Elementen met betrekking tot de geïntegreerde tenlastenname van de patiënt:
De hierboven vermelde patiënt:

1. Heeft een functionele analyse ondergaan

	Evaluatie (initieel)	Herevaluatie (na 3/6 maanden terugbetaling)	Herevaluatie (na 18 maanden terugbetaling)
• Data	□□/□□/□□□□	□□/□□/□□□□	□□/□□/□□□□
• MMSE-score	□□	□□	□□
• Basale ADL met Katz-schaal	□	□	□
• Instrumentele ADL met Lawton-schaal	□	□	□
• Global Deterioration Scale	□	□	□
• Schaal van gedragsstoornis (NPI)	□□□	□□□	□□□

2. Heeft een multidisciplinair voorstel voor verzorging en voor ondersteuning van de omgeving:

□ Patiënt wordt thuis verzorgd:
1°) Voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur: Datum: □□/□□/□□□□
……
……
……
2°) Voorstel voor ondersteuning van de omgeving: Datum: □□/□□/□□□□
……
……
……

□ Opname in verzorgingsinstelling: Datum: □□/□□/□□□□
1°) Type instelling: ……
2°) Naam en adres van de instelling: ……
……
3°) Voorstel voor multidisciplinaire zorgstructuur: ……
……
4°) Voorstel voor ondersteuning van de omgeving:
……

V - Gevraagde specialiteit:

□ **……**

VI – Identificatie van de specialist zoals vermeld in punt a) 1. van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21-12- 2001)
(naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

Ik ondergetekende, specialist erkend in:
□ psychiatrie
□ neuropsychiatrie
□ intern geneesheer geriatrie
□ neurologie

bevestig de verschillende hierboven vermelde elementen.

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	(naam)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	(voornaam)
1-□□□□□-□□-□□□	(N°RIZIV)
□□ / □□ / □□□□	(Datum)

(STEMPEL) ..... (HANDTEKENING VAN ARTS)

VII– Identificatie van de behandelende huisarts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

Ik ondergetekende, behandelend huisarts van de patiënt vermeld in punt I, bevestig de verschillende elementen die hierboven zijn vermeld.

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	(naam)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	(voornaam)
1-□□□□□-□□-□□□	(N°RIZIV)
□□ / □□ / □□□□	(Datum)

(STEMPEL) ..... (HANDTEKENING VAN ARTS)

BIJLAGE C: Model van formulier voor verlenging:
Aanvraagformulier tot VERLENGING van de terugbetaling van een specialiteit opgenomen in § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I.):

□□

□ II - Aanvraag tot VERLENGING na 6 maanden terugbetaling:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat deze patiënt, na 6 maanden terugbetaalde behandeling met de hierna vermelde specialiteit, momenteel voldoet aan alle voorwaarden die vereist zijn voor het verkrijgen van een verlenging na 6 maanden terugbetaling, zoals ze vermeld zijn in punt f) van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Voorwaarden met betrekking tot het verkrijgen van een identieke MMSE-score, of een score die met maximaal één punt is gedaald, (Mini Mental State Examination), die bovendien niet lager mag zijn dan 12.
- Voorwaarden met betrekking tot de verbetering van minstens één element (ofwel de basale ADL, ofwel de instrumentele ADL, ofwel de gedragsobservatie) van een nieuwe functionele evaluatie van de betrokken patiënt, uitgevoerd ten vroegste na de drie eerste maanden behandeling;
- Voorwaarden met betrekking tot de herevaluatie van het voorstel tot multidisciplinaire structuur van de zorgen en van de ondersteuning van de omgeving van de betrokken patiënt, met betrokkenheid van de behandelende huisarts en een geneesheer-specialist - psychiater, of neuropsychiater, of internist-geriater, of neuroloog.

Bovendien verbind ik 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 - Aanvraag tot VERLENGING na 18 maanden terugbetaling:

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan een lichte tot matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat deze patiënt, na 18 maanden terugbetaalde behandeling met de hierna vermelde specialiteit, momenteel voldoet aan alle voorwaarden die vereist zijn voor het verkrijgen van een verlenging na 18 maanden terugbetaling, zoals ze vermeld zijn in punt g) van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001:

- Voorwaarden met betrekking tot het verkrijgen van een MMSE-score die niet lager ligt dan 12 (Mini Mental State Examination);
- Voorwaarden met betrekking tot de uitvoering van een nieuwe functionele evaluatie van de betrokken patiënt (een basale ADL, een instrumentele ADL en een gedragsobservatie);
- Voorwaarden met betrekking tot een herevaluatie van het voorstel tot multidisciplinaire structuur van de zorgen en van de ondersteuning van de omgeving van de betrokken patiënt, met betrokkenheid van de behandelende huisarts en een geneesheer-specialist - psychiater, of neuropsychiater, of internist-geriater, of neuroloog.

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

IV - Gevraagde specialiteit en modaliteiten met betrekking tot de evolutie van de patiënt:

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van 12 maanden noodzakelijkerwijs een verlenging van de terugbetaling moet krijgen van de volgende specialiteit:
(vermeld hieronder de gewenste specialiteit en vermeld de dosering, het type en het aantal gewenste verpakkingen)

□ **..**(maximale dagelijkse dosering van 240 mg)
Gewenste dosering: _______________
Gewenst type verpakking: _______________
Gewenst aantal verpakkingen: _______________

Ik verbind mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de toegestane specialiteit voor te schrijven wanneer de intensiteit van de problemen verbonden met de evolutie van de ziekte van Alzheimer, gemeten door een MMSE, bij mijn patiënt een score van minder dan 12 oplevert bij de uitvoering van deze test, en dit twee keer na elkaar met een tussenperiode van een maand.

Ik verbind me er tevens toe, als mijn patiënt de terugbetaling van de gevraagde specialiteit zal gekregen hebben, om aan een college van geneesheren, aangeduid door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddel, om de gecodeerde gegevens in verband met de evolutie en de prognose van de betrokken patiënt, mee te delen volgens de modaliteiten bepaald door de Minister, zoals beschreven in punt i) van § 310 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

V - Identificatie van de geneesheer die verantwoordelijk is voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (naam)
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ (voornaam)
1-□□□□□-□□-□□□ (N°RIZIV)
□□ / □□ / □□□□ (Datum)

(STEMPEL) .... (HANDTEKENING VAN ARTS)