**BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier**
Aanvraagformulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 5460000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

**I - Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, aansluitingsnummer):**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**II - Elementen te bevestigen door een geneesheer:**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan chronische pijn veroorzaakt door de volgende chronische aandoening:

- ☐ 1. Kankerpijn (maligne pijn)
- ☐ 2. Chronische arthritis/artrosepijn
- ☐ 3. Neurogene of neuropatische pijn van centrale of perifere oorsprong (inbegrepen multiple sclerose)
- ☐ 4. Perifere vasculaire pijn (ischemische pijn)
- ☐ 5. Postchirurgische pijn (inbegrepen fantoompijn)
- ☐ 6. Fibromyalgie

en voldoet dus aan de voorwaarden vermeld onder § 5460000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

Ik houd ter beschikking van de adviserend geneesheer een medisch verslag waarin wordt aangetoond dat de patiënt aanhoudende chronische pijn vertoont, die, na een optimale curatieve behandeling, aanhoudt gedurende minstens zes maanden, of die aanhoudt na de curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn.

Ik verklaar kennis te hebben dat de maximale terugbetaalbare dagdosis 3 gr is.

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit ……..……..…… *(naam van de specialiteit ingeschreven in § 5460000)*, nodig heeft gedurende een periode van maximaal 12 maanden.

**III - Identificatie van de behandelende arts of de geneesheer die het globaal medisch dossier beheert (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_