

BIJLAGE A

Aanvraagformulier voor de terugbetaling van de specialiteit TRAVATAN 40 µg/ml 3 x 2,5 ml ingeschreven in § 2310000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001

I – Identificatie van de rechthebbende:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (naam)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (voornaam)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (inschrijvingsnummer)

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

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

TRAVATAN 40 µg/ml 3 x 2,5 ml

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

TRAVATAN 40 µg/ml 3 x 2,5 ml

voor een nieuwe periode van: maand (maximaal 12 maand).

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (naam)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (voornaam)

- - - (RIZIV n°)

/ / (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de geneesheer)