**BIJLAGE A : model van aanvraagformulier**
Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit VERSATIS (§ 5110000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001)

**I - Identificatie van de begunstigde:**

**Naam**: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
**Voornaam**: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
**Inschrijvingsnummer**: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**II - Gegevens te verklaren door de behandelende geneesheer:**

☐ **1ste TERUGBETALINGSAANVRAAG**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierbovenvermelde patiënt lijdt aan lokale perifere neuropathische postherpetische pijn.
Ik verklaar dat hij aan alle voorwaarden voldoet vermeld onder § 5110000 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001:

- een aanhoudende neuropathische postherpetische pijn
- de neuropathische pijn is niet veralgemeend maar kan duidelijk worden aangewezen (focale pijn)
- de huid ter hoogte van de neuropathische pijn is niet beschadigd
- de neuropathische pijnzone niet groter dan 420 cm² is
- de neuropathische pijn wordt gekenmerkt door minstens twee van de volgende symptomen: allodynie, hyperalgesie, brandende pijn, kloppende pijn, stekende pijn, gevoel van elektrische schokken
- succesvolle proefbehandeling van ten minste 10 dagen met lidocaïnepleisters

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.
Op basis van deze elementen, vraag ik aan de adviserend geneesheer een toelating tot terugbetaling voor de specialiteit Versatis voor een periode van 6 maanden.

☐ **AANVRAAG TOT VERLENGING VAN DE TERUGBETALING**

Op basis van bijgevoegd omstandig verslag dat de doeltreffendheid van de behandeling bij voornoemde patiënt aantoont, verklaar ik, dokter in de geneeskunde, dat het voortzetten van de behandeling met VERSATIS gerechtvaardigd is.
Op basis van deze elementen, vraag ik aan de adviserend geneesheer een verlenging van de toelating tot terugbetaling voor de specialiteit VERSATIS voor een periode van 12 maanden.

**III - Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, nr RIZIV):**

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

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

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

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

| | (stempel) ..... (handtekening van de geneesheer)