TERUGBETALINGSAANVRAAG FORMULIER VAN ZYBAN (§ 304)

I – Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer):

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

II –Gegevens te verklaren door de behandelende geneesheer :

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierbovenvermelde patiënt van nicotine afhankelijk is en met roken wenst te stoppen.
Ik verklaar dat hij aan de voorwaarden zal voldoen vermeld onder § 304 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001:

COPD door spirometrie aangetoond met een Tiffeneau index(ESW/VC) < 70% en met een ESW < 80% van de verwachte waarde ;
minstens 35 jaar oud zijn ;

Ik verklaar een plan voor ondersteunende gedragstherapie voor mijn patiënt te hebben opgesteld en zijn akkoord te hebben verkregen wat betreft zijn aktieve medewerking aan het uitvoeren van dit plan.

Op basis van deze elementen, verklaar ik dat deze patiënt de vergoeding moet verkrijgen van een verpakking van 100 tabletten van 150 mg van de specialiteit ZYBAN gedurende een periode van 10 weken.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserende geneesheer.

III - Identificatie van de dokter (naam, voornaam, adres, Nr RIZIV) :

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

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

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| **(nr RIZIV)**

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

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