

AANVRAAG TOT TERUGBETALING AAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Ik, ondergetekende, Dokter in de Geneeskunde*, Neuroloog Kinderneuroloog
Psychiater Kinderpsychiater

vraag aan de Adviserend Geneesheer op basis van een omstandig schriftelijk (evolutie) verslag in bijlage van deze aanvraag**

Terugbetaling van Equasym XR (maximum 6 maanden) conform § 6960000

Verlenging van terugbetaling van Equasym XR (maximum 12 maanden)

Nr. van vorig attest:

EQUASYM XR 10, 20 of 30 mg werd voorgeschreven voor de behandeling van aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD)

Invullen of vignet van de verzekeringsinstelling aanbrengen

Naam en voornaam:

Straat: Nr.

Woonplaats: Postcode:

Naam en voornaam van de verzekerde:

.....
.....

Ziekenfonds:

Inschrijvingsnummer:

Die voldoet aan volgende voorwaarden:

1. leeftijd van 6 tot en met 17 jaar.
2. diagnose ADHD door mijzelf gesteld volgens de criteria van de DSM-IV of ICD-10.
3. symptomen onvoldoende gecontroleerd door aangepaste psychologische, educatieve en sociale maatregelen.
4. EQUASYM XR is een deel van een globaal behandelingsschema dat nog andere (psychologische, educatieve en sociale) maatregelen omvat.

De gelijktijdige vergoeding van de hierboven vermelde specialiteiten met andere specialiteiten die methylfenidaat bevatten is niet toegestaan.

Geneesheer

Stempel

Met collegiale groeten,

Handtekening

Datum

.....

* De diagnose van ADHD werd gesteld volgens de criteria van de DSM-IV of ICD-10, door een (kinder)neuroloog of (kinder)psychiater (RIZIV nummers eindigend op 195, 689, 760, 764, 770, 774, 780, 784), of door een geneesheer-specialist die een erkenning verworven heeft in de pediatrie neurologie, op basis van de bepalingen van het Ministerieel Besluit van 6 april 1995 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de pediatrie neurologie.

** Het omstandig verslag is concreet, gepersonaliseerd, specifiek, descriptief en praktisch