

TERUGBETALINGSAANVRAAG VOOR GABAPENTINE SANDOZ® in categorie A en B

Ter attentie van de Adviserend Geneesheer

Specialiteit opgenomen in §164 van hoofdstuk IV van de bijlage van het KB van 21 december 2001
Specialiteit opgenomen in §269 van hoofdstuk IV van de bijlage van het KB van 21 december 2001

Naam en voornaam patiënt :

Naam en voornaam gerechtigde :

Adres patiënt :

Verzekeringsinstelling :

Inschrijvingsnummer :

Terugbetalingsaanvraag in categorie A (periode van maximum 12 maanden)

Ik ondergetekend geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie, verklaar dat bovengenoemde patiënt, als aanvullende behandeling van aanvallen van partiële epilepsie, samen met conventionele anti-epileptica dient de specialiteit GABAPENTINE SANDOZ® te ontvangen. Op basis van bijgevoegd omstandig verslag blijkt dat deze patiënt onvoldoende gecontroleerd wordt door de conventionele anti-epileptica, alleen of samen gebruikt.

Terugbetalingsaanvraag in categorie B 1^{ste} terugbetalingsaanvraag (periode van maximum 6 maanden)

Ik ondergetekend, geneesheer-specialist, verklaar dat bovengenoemde patiënt ouder dan 18 jaar is en aan neuropathische pijn lijdt van het type diabetische polyneuropathie of posttherpetische neuralgie, en dat een voorafgaande analgetische behandeling met amitriptyline onvoldoende doeltreffend bleek of niet verdragen werd of medisch contra-geïndiceerd is.

Ik verklaar, in het medisch dossier dat voor deze patiënt bewaard wordt, te beschikken over een verslag dat de diagnose bevestigt evenals de noodzaak van het gebruik van gabapentine op basis van de IASP-criteria (International Association for the Study of Pain), rekening houdend met de medische en chirurgische antecedenen, het algemeen klinisch en neurologisch onderzoek, de analyse van de vertoonde tekens en symptomen en de nodige aanvullende onderzoeken.

Daarom vraag ik voor deze patiënt de terugbetaling van de specialiteit GABAPENTINE SANDOZ® voor een periode van maximum 6 maanden.

Aanvraag tot verlenging van de terugbetaling (per periode van maximum 12 maanden)

Op basis van bijgevoegd omstandig verslag dat de doeltreffendheid van de behandeling bij bovengenoemde patiënt bevestigt, verklaar ik dat het voortzetten van deze behandeling medisch gerechtvaardigd is en vraag ik voor deze patiënt de terugbetaling van GABAPENTINE SANDOZ® voor een periode van maximum 12 maanden.

IDENTIFICATIE VAN DE BEHANDELLENDE GENEESHEER-SPECIALIST:

Naam :

Voornaam :

RIZIV-nr :

Datum :



(Handtekening)

.....