# Aanvraagformulier voor de vergoeding van Paracetamol Teva®

*(§ 5460000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)*

## ❑ 1g 90 tabs. ❑ 1g 120 tabs.

## I - Identificatie van de rechthebbende

Naam: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Voornaam: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Aansluitingsnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

## II - Elementen te bevestigen door een geneesheer

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar hierbij dat bovenvermelde patiënt lijdt aan chronische pijn, veroorzaakt door de volgende chronische aandoening:

- ❑ Kankerpijn (maligne pijn)
- ❑ Chronische arthritis/artrosepijn
- ❑ Neurogene of neuropathische pijn van centrale of perifere oorsprong (inbegrepen multiple sclerose)
- ❑ Perifere vasculaire pijn (ischemische pijn)
- ❑ Postchirurgische pijn (inbegrepen fantoompijn)
- ❑ Fibromyalgie

en dus voldoet aan de voorwaarden vermeld onder § 5460000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

Ik houd ter beschikking van de adviserend geneesheer een medisch verslag waarin wordt aangetoond dat de patiënt aanhoudende chronische pijn vertoont die, na een optimale curatieve behandeling, aanhoudt gedurende minstens zes maanden, of die aanhoudt na de curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn.

Ik verklaar kennis te hebben genomen dat de maximale terugbetaalbare dagdosis 3gr is.

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit Paracetamol Teva® 1g 90 tabs. nodig heeft gedurende een periode van maximaal 12 maanden.

## III - Identificatie van de behandelende geneesheer of de geneesheer die het globaal medisch dossier beheert:

Naam: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Voornaam: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RIZIV-nummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Datum : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

| Stempel | Handtekening geneesheer |
|---|---|
| | |