Dr. Medisch Adviseur

Cc:

.... /.... / ....

ATTEST t.a.v. Mr./Mv. : .....

ATTEST BESTEMD VOOR DE MEDISCH ADVISEUR
AANVRAAG tot TERUGBETALING van de SPECIALITEIT APO-GO® PEN

Formulier voor aanvraag tot terugbetaling van APO-GO® PEN (IV §8210000 – hoofdstuk IV bijlage 3 van het KB van 21 december 2001)

I. Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de V.I):

.....

.....

.....

II. Elementen te bevestigen door de behandelende geneesheer:
Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, erkend specialist

.....

[x] neuroloog
Attesteer dat de hierboven vermelde patiënt aan de idiopathische ziekte van Parkinson lijdt en zijn huidige klinische toestand het opstarten van de behandeling met APOMORFINE APO-GO® PEN (apomorfine) verantwoordt.

Onder optimale orale medicatie met antiparkinson-middelen zijn er voorspelbare en/of onvoorspelbare motorische en/of niet motorische off episodes die voldoende ernstig zijn om te interfereren met de levenskwaliteit van de patiënt.
Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserende geneesheer.

- ☐ Op grond van deze elementen, bevestig ik dat voor deze patiënt de vergoeding voor deze specialiteit voor een eerste periode van 12 maanden noodzakelijk is.
- ☐ Het betreft om een aanvraag tot verlenging van vergoeding van de specialiteit APO-GO-PEN, want deze patiënt heeft reeds minstens één periode van vergoeding van 12 maanden bekomen.

III. Identificatie van de behandelende geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):

(STEMPEL + HANDTEKENING)

.....