

**BIJLAGE A : Model van formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker**

Formulier bestemd voor de ziekenhuisapotheker voorafgaand aan de facturatie van een specialiteit ingeschreven in § 6790100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

**I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**II – Elementen te bevestigen door de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling:**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de voorwaarden onder punt a) 1 of a) 2 of a) 3 of a) 4 of a) 5 of a) 6 of a) 7 van § 6790100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001 voor de vergoeding van de toediening van de specialiteit ..... (naam van de specialiteit ingeschreven in § 6790100) bij deze patiënt vervuld zijn, en dat deze toediening gerealiseerd is in de situatie geattesteerd onder punt III hieronder.

**III – Situatie van de patiënt die momenteel de toediening van intraveneuze polyvalente immunoglobulines nodig heeft (aankruisen wat van toepassing is)**

Ik attesteer dat het hier gaat om een patiënt bij wie de volgende indicatie werd gediagnosticeerd:

- 1.  Primaire immuundeficiëntiesyndromen, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 1.
- 2.  Verworven immuundeficiëntiesyndromen, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 2.
- 3.  Patiënt met MM of CLL, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 3.
- 4.  Patiënt met ITP, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 4.
- 5.  Patiënt met syndroom van Guillain-Barré, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 5.
- 6.  Patiënt met de ziekte van Kawasaki, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 6.
- 7.  Patiënt na allogene stamceltransplantatie, zoals beschreven in § 6790100 onder punt 7.

De vergoedbaarheid is beperkt tot hernieuwbare periodes van maximaal 12 maanden.

Bovendien verbind ik mij ertoe om ten behoeve van de adviserend geneesheer de bewijsstukken ter beschikking te houden die de geattesteerde gegevens bevestigen.

**IV – Identificatie van de geneesheer-specialist verantwoordelijk voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer):**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (naam)  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (voornaam)  
1-XXXXXXXX-XX-XXXX (RIZIV nr.)  
XX / XX / XXXX (Datum)



(STEMPEL)

..... (HANDTEKENING VAN DE ARTS)