

Aanvraagformulier bestemd voor de ziekenhuisapothecker voorafgaandelijk aan de facturatie van de specialiteit BERINERT voorgeschreven voor de controle van een aanval van erfelijk angio-oedeem type I en II (§5750100, hoofdstuk IV van het K.B. 01 februari 2018)

(naam)

(voornaam)

(aansluitingsnummer)

Ik ondergetekende arts-specialist, verklaar dat de voorwaarden gesteld in punt a) van § 5750100 van hoofdstuk IV van het K.B. van 01 februari 2018 voor de terugbetaling van de toediening van BERINERT bij deze patiënt alle voldaan zijn, aangezien deze toediening werd uitgevoerd voor de situatie geattesteerd in het punt III hieronder:

Ik verklaar dat het om een patiënt gaat met erfelijk angio-oedeem (HAO)
☐ type I,
 of
☐ type II

Het hereditair angio-oedeem is gediagnosticeerd aan de hand van

- de klinische presentatie van recidiverende aanvallen van angio-oedeem, en
- plasma activiteit van C1-esterase inhibitor lager dan de laboratoriumnorm, en
- plasmagehalte van C4 lager dan de laboratoriumnorm, en
- familiale anamnese

Ik bevestig dat het aantal voorgeschreven verpakkingen werd vastgesteld rekening houdend met een maximale terugbetaalde posologie van 20 eenheden per kilogram lichaamsgewicht (*), en exclusief bestemd is om gebruikt te worden voor de behandeling van één enkele acute aanval van erfelijk angio-oedeem type I en II (HAO).

(*) op datum van / / (dd/mm/jjjj) bedroeg het lichaamsgewicht van deze patiënt kg.

Ik verbind me ertoe de bewijsstukken die aantonen dat aan de bovenstaande voorwaarden is voldaan desgevraagd te bezorgen aan de adviserend arts.

Op basis van boven vermelde elementen verklaar ik dat deze patiënt de terugbetaling van BERINERT nodig heeft.

(naam)
 (voornaam)
 1 - - - (RIZIV n°)
 / / (datum)

--

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)