

Formulier voor eerste aanvraag tot terugbetaling van een specialiteit ingeschreven in § 2880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt lijdt aan een matig ernstige vorm van de ziekte van Alzheimer, en dat hij tegelijkertijd voldoet aan alle voorwaarden die vermeld zijn in punt a) en punt b) van § 2880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018:

- gelijktijdige behandeling met een inhibitor van cholinesterase;
- voorwaarden betreffende de diagnose bevestigd door een psychiater, een neuropsychiater, een internist-geriater, een geriater of een neuroloog, op basis van de DSM-IV criteria (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4^{de} uitgave);
- voorwaarden betreffende het behalen van een MMSE-score lager dan 15 en hoger of gelijk aan 10;
- voorwaarden betreffende de afwezigheid van andere pathologieën als oorzaak van dementie, bevestigd door beeldvormingstechnieken van de hersenen, aangetoond door computergestuurde tomografie, of door magnetische resonantie;
- voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een functionele evaluatie van de betrokken patiënt, waaronder minstens een basale ADL (Activities of Daily Living) door gebruik te maken van de 6 items van de Katz-schaal, een instrumentele ADL door gebruik te maken van de 9 punten van de Lawton-schaal, evenals een gedragsobservatie met een Global Deterioration Scale en een schaal van gedragsstoornis (NPI-Q of NeuroPsychiatric Inventory Questionnaire);
- voorwaarden betreffende de voorafgaande uitvoering van een voorstel van een multidisciplinaire structuur van zorgen en van ondersteuning van de omgeving van de betrokken patiënt, met name volgens de behoeften die zijn vastgesteld bij de functionele evaluatie waarvan in vorige alinea sprake, en volgens de specifieke behoeften wanneer de patiënt thuis wordt verzorgd en wanneer hij wordt opgenomen in een verzorgingsinstelling, met betrokkenheid van de behandelende huisarts en de specialist zoals vermeld in het eerste punt hierboven.

Ik bevestig dat ik het formulier met de klinische beschrijving betreffende deze patiënt, de functionele evaluatie en het voorstel voor multidisciplinaire verzorgingsstructuur ter beschikking houd van de adviserend arts, waarvan het model is opgenomen in bijlage B van S 2880000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018, en waarvan alle rubrieken behoorlijk ingevuld zijn, met met name de identificatie van de behandelende huisarts en de handtekening van de arts-specialist, zoals vermeld in de vorige alinea.

Ik verbind me ertoe de bewijselementen die stellen dat de betrokken patiënt zich in de beschreven situatie bevond ter beschikking te houden van de adviserend arts.

Op basis van al deze elementen verklaar ik dat deze patiënt voor een periode van zes maanden noodzakelijkerwijs de terugbetaling moet krijgen van de volgende specialiteit:

(naam van de specialiteit ingeschreven in § 2880000), rekening houdend met een maximale dagelijkse dosering van 20 mg

Bovendien verbind ik mij ertoe bij de betrokken patiënt niet langer de terugbetaling van het eventueel voorschrijven van de toegestane specialiteit aan te vragen wanneer de intensiteit van de problemen verbonden met de evolutie van de ziekte van Alzheimer, gemeten door een MMSE, bij mijn patiënt een score van minder dan 10 oplevert bij de uitvoering van deze test, en dit twee keer na elkaar met een tussenperiode van een maand.

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - - - - - (n° RIZIV)

| | | / | | | / | | | | (datum)

--

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)