

Aanvraag aan de adviserend-arts op basis van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het artikel 37,§16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de wat actieve verbandmiddelen betreft.

I. Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, INSZ-nr.):

Naam, Voornaam:

INSZ-nr.:

II. Eerste behandelingstermijn (max. 4x3 maanden)

a) Door de behandelende arts of de arts specialist in de dermato-venereologie te staven elementen of, eventueel maar enkel in het geval van junctionele of dystrofische epidermolysis bullosa de arts specialist in de pediatrie:

Ik ondergetekende, arts, verklaar dat voornoemde rechthebbende een chronische wonde heeft die na een klassieke behandeling van zes weken onvoldoende geheeld is, van het volgende type:

- | | |
|--|--|
| ☐ Arterieel ulcus | ☐ Brandwonden |
| ☐ Veneus ulcus | ☐ Chronische ulcus anders dan boven- |
| ☐ Diabetisch ulcus | genoemde aandoeningen waarvoor actieve |
| ☐ Drukulcus van stadium II, III of IV | verbandmiddelen het enig therapeutisch |
| ☐ Neuropatisch ulcus (bij niet diabetici) | alternatief vormen, bevestigd na een |
| ☐ Ulcera ten gevolge van vasculitis | diagnostisch onderzoek door een arts |
| ☐ Hydradenitis suppurativa | specialist in de dermato-venereologie |
| ☐ Oncologische wonden | ☐ Junctionele of dystrofische epidermolysis |
| ☐ Post-chirurgische wonden | bullosa. |

☐ Eerste aanvraag (1x3 maanden)

- ☐ Ik houd de nodige stukken waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de voornoemde situatie bevindt ter beschikking van de adviserend -arts.
- ☐ Ik vraag een terugbetaling aan voor een periode van maximum 3 maanden

☐ Aanvraag tot verlenging (max. 3x3 maanden)

- ☐ Ik verklaar dat de behandeling met een actief verbandmiddel voortgezet moet worden en ik vraag de verlenging van de terugbetaling aan voor een nieuwe periode van maximum 3 maanden. Ik houd een recent verslag dat onder andere de redenen van de verlenging bevat ter beschikking van de adviserend -arts.

b) Identificatie van de behandelende arts of de arts specialist in de dermato-venereologie of arts specialist in de pediatrie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr)

Naam Voornaam

Adres

RIZIV-nr.

Datum

Handtekening v/d arts:

(STEMPEL)

III. Tweede behandelingstermijn (na 1 jaar behandeling):

III.1. Voor chronische wonden van het type zoals beschreven onder punt II.a., met uitzondering van de gevallen van junctionele of dystrofische epidermolysis bullosa (maximum 1x3 maanden)

Door de arts specialist in de dermato-venereologie, in de endocrino-diabetologen, in de orthopedie, in de plastische heelkunde of in de heelkunde te staven elementen:

☐ Ik verklaar dat de behandeling met een actief verbandmiddel voortgezet moet worden en ik vraag de verlenging van de terugbetaling aan voor een nieuwe periode van maximum 3 maanden.

Een klinische herevaluatie van de patiënt werd gedaan en ik houd een recent verslag dat onder andere de redenen van de verlenging bevat ter beschikking van de adviserend -arts.

III.2. In geval van junctionele of dystrofische epidermolysis bullosa (maximum 1 jaar)

Door de arts specialist in de dermato-venereologie of door de arts specialist in de pediatrie te staven elementen:

☐ Ik verklaar dat onze patiënt aan junctionele of dystrofische epidermolysis bullosa lijdt en ik vraag een verlenging van de terugbetaling van de actieve verbandmiddelen voor een nieuwe periode van één jaar aan.

Daarvoor voeg ik als bijlage een geactualiseerd behandelingsplan toe, waarin ik de keuze van actieve verbandmiddelen en het maximum aantal verpakkingen per verbandmiddel per maand verantwoord.

Een klinische herevaluatie van de patiënt en van zijn noden werd gedaan en ik houd een volledig medisch dossier ter beschikking van de adviserend -arts.

III.3. Identificatie van de arts specialist in de dermato-venereologie, in de endocrino-diabetologen, in de orthopedie, in de plastische heelkunde, in de heelkunde of in de pediatrie (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr)

Naam Voornaam

Adres

RIZIV-nr.

Datum

Handtekening v/d arts:

[STEMPEL]