Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteit SIFROL (§ 4280000 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

I. Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling):

└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘ └┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘ └┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘

II. Elementen te bevestigen door de behandeld geneesheer:

Ik ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt voldoet aan alle voorwaarden noodzakelijk voor het verkrijgen van de specialiteit SIFROL zoals gesteld in punt a) van § 4280000 van hoofdstuk IV het KB van 21 december 2001:

Inderdaad deze patiënt heeft een Restless legs syndroom "RLS" gezien de vier essentiële criteria voor de diagnose van RLS vervuld zijn:

- *onweerstaanbare dwang om de benen te bewegen,*
- *verergeren van de symptomen in de rust,*
- *tijdelijke verbetering van de symptomen door activiteit,*
- *verergeren van de symptomen 's avonds of 's nachts,*

Bovendien is de RLS score volgens de internationale schaal voor het scoren van RLS meer dan 15 ondanks instellen van hygiënodiëtische maatregelen gedurende minstens zes weken met name: stoppen van elke substantie die het RLS kan uitlokken of verergeren zoals nicotine, alcohol, caffeine, elke dopamine antagonist.

Daarnaast is zijn serumferritine gehalte normaal en werden diabetes, een perifere neuropathie, anemie, een onregelmatig werk die kan interfereren met het slaap/waakritme, een belangrijke psychiatrische voorgeschiedenis of voorgeschiedenis van drugsgebruik, en zwangerschap uitgesloten en er is anamnetisch en klinisch geen evidentie voor een andere neurologische aandoening noch voor een andere slaapstoornis zoals narcolepsie of slaapapnoe.

Ik weet dat de vergoedbare dosis beperkt is tot 0,54 mg per dag.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer met name de ingevulde IRLS vragenlijst en aldus aantonen dat de patiënt zich in de geattesteerde situatie bevindt.

☐ Het gaat om een eerste aanvraag tot vergoeding en op basis van voorgaande elementen attesteer ik dat de patiënt een terugbetaling van de specialiteit SIFROL nodig heeft voor een periode van 4 maanden.

☐ De behandeling is werkzaam gebleken en ik meen dat de verlenging van vergoedbaarheid medisch verantwoord is en dat de thans vereiste dosis:

0,☐☐ mg/dag (maximum 0,54 mg/dag) is; bijgevolg vraag ik de vergoeding van ☐☐ verpakkingen (maximum 39) van 30 comprimés van 0,18 mg voor 12 maanden.

III. Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) in punt II hierboven vermeld:

└┘ (Naam)

└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘└┘ (Voornaam)

1 - └┘└┘└┘└┘ - └┘└┘ - └┘└┘└┘ (N° RIZIV)

└┘└┘ / └┘└┘ / └┘└┘└┘└┘ (Datum)

Stempel

Handtekening van de geneesheer

- -