

Aanvraag tot terugbetaling

Zoladex®

• 3,6 mg

• Long Acting 10,8 mg

Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam en aansluitingsnummer)

.....
.....

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, geneesheerspecialist, verantwoordelijk voor de behandeling, verklaar dat de patiënt hierboven vermeld aan de voorwaarden vervult die voorkomen in één van de volgende paragrafen:

EERSTE AANVRAAG

§ 470101:

Behandeling van een **prostaatacarcinoom dat gemetastaseerd** of **lokaal doorgroeid** is.

Ik vraag de terugbetaling van

Zoladex® (gosereline 3,6 mg) voor maximum 12 maanden

Zoladex® Long Acting (gosereline 10,8 mg) voor maximum 12 maanden

§ 470102:

Om een **reductie van de kwaadaardige tumorgrootte** te verkrijgen met het oog op een curatieve totale prostatovesiculectomie.

Ik vraag de terugbetaling van

Zoladex® (gosereline 3,6 mg) voor maximum 12 maanden

AANVRAAG TOT VERLENGING

§ 470101:

Ik vraag de verlenging van de terugbetaling voor de behandeling van een **prostaatacarcinoom dat gemetastaseerd** of **lokaal doorgroeid** is.

Zoladex® (gosereline 3,6 mg) voor maximum 12 maanden

Zoladex® Long Acting (gosereline 10,8 mg) voor maximum 12 maanden

§ 470102:

Ik vraag de verlenging van de terugbetaling om een **reductie van de kwaadaardige tumorgrootte** te verkrijgen met het oog op een curatieve totale prostatovesiculectomie.

Zoladex® (gosereline 3,6 mg) voor maximum 12 maanden

Ik hou de bewijsstukken die de hierboven geattesteerde elementen bevestigen ter beschikking van de adviserend geneesheer.

Eventuele aanvullende motivering:

.....
.....

Identificatie van de behandelende geneesheer:

Naam:

Voornaam:

RIZIV Nr.:

Datum:

Handtekening:

┌ STEMPEL ─┐
└──────────┘
┌──────────┘