B-Form-I-08 Versie 3

**FORMULIER B-Form-I-08**

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen 171511-171522, 171533­171544, 171570-171581, 171592-171603, 171636-171640, 171651-171662, 171695­171706, 171732-171743, 171776-171780 en 171813-171824.**

*(Gelieve dit formulier in drukletters in te vullen)* Te versturen NA IMPLANTATIE naar:

 het College van Artsen-directeurs   
(RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging, Galileelaan 5/01 in 1210 Brussel)

**Identificatiegegevens van de verplegingsinrichting/arts-specialist**

Naam van de verplegingsinrichting:

RIZIV-identificatienummer van de verplegingsinrichting: 710

Naam en voornaam van de arts-specialist:

RIZIV-nummer van de arts-specialist:

E-mailadres:

Telefoon (secretariaat van de dienst):

**Identificatiegegevens van de rechthebbende**

Naam:

Voornaam:

Identificatienummer van het Rijksregisternummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Verzekeringsinstelling: .

Page **1** of **4**

B-Form-I-08 Versie 3

*Vervangingsneurostimulator*

Naam van de te vervangen neurostimulator:

Identificatienummer van de te vervangen neurostimulator.

Datum van de vorige implantatie: ………../………../……………..

Naam van de vervangende neurostimulator:

Identificatienummer van de vervangende neurostimulator:

Datum van de interventie voor vervanging: …………/……………./………………….   
*Vervangingselektrode*

Naam van de te vervangen elektrode:

Identificatienummer van de te vervangen elektrode:

Datum van de vorige implantatie: ………../……………/……………………..

Naam van de vervangende elektrode:

Identificatienummer van de vervangende elektrode:

Datum van de interventie voor vervanging: ………../…………./………………………   
*Vervangingsextensie*

Naam van de te vervangen extensie:

Identificatienummer van de te vervangen extensie:

Datum van de vorige implantatie: ………./…………/…………………………….

Naam van de vervangende extensie:

Identificatienummer van de vervangende extensie:

Datum van de interventie voor vervanging: ………/………./…………………………..   
*Vervangingspatiëntenprogrammeerapparaat*

Naam van de te vervangen patiëntenprogrammeerapparaat:

Identificatienummer van de te vervangen patiëntenprogrammeerapparaat:

Datum van de vorige implantatie: …………./…………./…………………….

Naam van de vervangende patiëntenprogrammeerapparaat:

Identificatienummer van de vervangende patiëntenprogrammeerapparaat:

Datum van de interventie voor vervanging: ……./…………/……………………

Page **2** of **4**

B-Form-I-08 Versie 3

**Medische gegevens**

1. Frequentie en ernst (volgens de National Hospital Seizure Severity Scale NHS3) van de aanvallen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HUIDIG | TIJDENS de EERSTE  IMPLANTATIE voor DEEP  BRAIN STIMULATIE |
| FREQUENTIE |  |  |
| ERNST |  |  |

1. Farmacologische behandeling

a. Behandeling tijdens de eerste implantatie voor deep brain stimulatie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | VANAF ...\* | TOT...\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

b. Huidige behandeling:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | BEGINDATUM van  deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)\* | REDEN van  aanpassing van de  behandeling (als  verschillend van de  behandeling onder  a.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*: als de datum niet gekend is, gelieve dit te vermelden en indien mogelijk een datum bij benadering in te vullen

1. Hospitalisatie/consultaties/spoed

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | IN DE LOOP van het LAATSTE JAAR | IN DE LOOP van het JAAR VOORAFGAAND aan de  EERSTE IMPLANTATIE  voor DEEP BRAIN  STIMULATIE |
| AANTAL  HOSPITALISATIES/JAAR |  |  |
| AANTAL  CONSULTATIES/JAAR |  |  |

Page **3** of **4**

B-Form-I-08 Versie 3

AANTAL BEZOEKEN op de SPOED/JAAR

4. Kwaliteit van leven:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HUIDIG | TIJDENS de EERSTE  IMPLANTATIE voor DEEP  BRAIN STIMULATIE |
| QOLIE-31 |  |  |

1. Psychiatrische evaluatie (samenvatting en besluit)   
   i.Beck depression inventory

ii.Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:

1. Reden voor de vervanging:

* End-of-life
* Infectie
* Ander:...

Opgesteld te *(plaats)* op *(datum)*

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elk lid van het multidisciplinair team:

Page **4** of **4**