**FORMULIER B-Form-I-20**

**Aanvraagformulier voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering onder verstrekking 170973-170984, 170995-171006, 171533-171544 of 171592-171603 voor een neurostimulator (VNS of DBS) in geval van refractaire epilepsie in geval van voortijdige vervanging**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

* *Te sturen VÓÓR IMPLANTATIE naar de adviserend arts*

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

Naam van de verplegingsinrichting: ……

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de arts-specialist: …….

RIZIV nr. van de arts-specialist ……

Email-adres: ……

Telefoon (secretariaat dienst): ……

***Identificatie van de rechthebbende***

Naam: ……

Voornaam: ……

Identificatienummer van het Rijksregister[[1]](#footnote-1): ……

***Gevraagde verstrekkingen*** *(aan te kruisen)*

1. **Stimulatie van de nervus vagus (VNS ; Vergoedingsvoorwaarden B-§08)**

[ ]  170973 – 170984 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangings-neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging, voor een rechthebbende van 18 jaar of ouder

[ ]  170995-171006 Ingeplante niet-heroplaadbare vervangings-neurostimulator voor stimulatie van de nervus vagus in geval van refractaire epilepsie, naar aanleiding van een voortijdige vervanging, voor een rechthebbende jonger dan 18 jaar

1. **Deep brain stimulation (DBS ; Vergoedingsvoorwaarden B-§09)**

[ ]  171533-171544 Vervangingsneurostimulator voor deep brain stimulation in geval van refractaire epilepsie, voor bilateral stimulatie (2 kanalen), in geval van voortijdige vervanging

[ ]  171592-171603 Heroplaadbare vervangingsneurostimulator voor deep brain stimulation in geval van refractaire epilepsie, in geval van voortijdige vervanging

***Informatie met betrekking tot het hulpmiddel***

Naam en referentie van het hulpmiddel: ……

Verdeler van het hulpmiddel: ……

Datum van vorige implantatie: Click here to enter a date.

Naam en referentie van de vorige hulpmiddel: ……

Motivatie voor de voortijdige vervanging:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Gedaan te *(plaats)* …… op *(datum)* Click here to enter a date.

Naam, voornaam en handtekening van de epileptoloog:

1. indien rechthebbende geen RRN heeft, moet het nummer bedoeld in artikel 8, §1, 2° van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid vermeld worden. [↑](#footnote-ref-1)