**FORMULIER B-Form-I-07**

**Aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekking 171496-171500, 171555-171566, 171614-171625, 171673-171684, 171710-171721, 171754-171765 en 171791-171802:**

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

* Te versturen VÓÓR IMPLANTATIE naar:
* de adviserend geneesheer die de aanvraag naar het College van Geneesheren-directeurs verzendt (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL)

**Identificatiegegevens van de verpleeginrichting/geneesheer-specialist**

Naam van de verpleeginrichting: ………………………………………………………………………

RIZIV-identificatienummer van de verpleeginrichting: 710\_ \_ \_ \_ \_

Naam en voornaam van de geneesheer-specialist: …………………………………………………

RIZIV-nummer van de geneesheer-specialist: …………………………………………………………

E-mailadres: …………………………………………………………………………………………..…..

Telefoon (secretariaat van de dienst): …………………………………………………………………

**Identificatiegegevens van de rechthebbende**

Naam: ……………………………………………………………………………………………………

Voornaam: ………………………………………………………………………………………………..

Identificatienummer van het Rijksregisternummer: …………………………………………………

Geboortedatum: …………………………………………………………………….…………………...

Geslacht: ……………………………………………………………………………………………………

Verzekeringsinstelling: ………………………………………………………………………………..

Datum van de vorige implantatie (enkel in te vullen in geval van vervanging van een niet-terugbetaald hulpmiddel): ………../…………../…………….

**Medische gegevens**

1. Aard van de aanvallen: focaal/gegeneraliseerd
2. Diagnostiek van epilepsie gedaan in: ….. (jaar invullen)

Diagnostiek van refractaire epilepsie gedaan in:…. (jaar invullen)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | BEGINDATUM van deze BEHANDELING (één geneesmiddel of combinatietherapie)\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Vorige behandelingen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GENEESMIDDEL | DOSIS/DAG | SINDS…\* | TOT…\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

1. Aantal hospitalisaties tijdens het laatste jaar: …

Aantal consultaties tijdens het laatste jaar: …….

Aantal bezoeken op de spoed tijdens het laatste jaar:……..

1. De rechthebbende heeft al chirurgie voor epilepsie ondergaan voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/neen

Indien ja: vermeld de datum van de ingreep: ….

1. Prechirurgische evaluatie (voor elk onderzoek, samenvatting en conclusie):
   1. Video-EEG opname van lange duur met registratie van de aanvallen
   2. Hoge-resolutie-MRI van de hersenen
   3. FDG-PET van de hersenen
   4. Neuropsychologische evaluatie die de volgende gegevens bevat:
      1. IQ
      2. Geheugenfunctie
      3. Frontale executieve functies
   5. Psychiatrische evaluatie (samenvatting van de onderzoeken en besluit)
      1. Beck depression inventory
      2. QoLIE-31
      3. Andere bemerkingen met betrekking tot de psychiatrische evaluatie:
2. Besluit van de multidisciplinaire bespreking:

De rechthebbende komt in aanmerking voor chirurgie voor epilepsie voor de behandeling van refractaire epilepsie: ja/neen

Als de rechthebbende niet in aanmerking komt, leg uit waarom (op basis van klinische, anatomische, psychiatrische gegevens,…):

* Bitemporale epilepsie
* Epileptogene zone in de buurt van de functionele zones
* Mesiotemporale epilepsiebij een patiënt zonder geheugenproblemen
* Niet-overtuigende WADA-test
* Andere:…

1. Wordt de patiënt behandeld met VNS voor zijn epilepsie: ja/neen

Indien ja, vermeld de datum van de primo-implantatie:…..

1. Doelgebied dat gestimuleerd zal worden:

* Anterieure thalamische kern
* Andere: ….

1. Het multidisciplinair team bevestigt dat de patiënt aan alle vergoedingsvoorwaarden voldoet (cf. inclusie- en exclusiecriteria B-§09, punt 2).

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

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