

Kennisgeving te richten tot de adviserend geneesheer op basis van het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37,§ 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft

I - Identificatie van de rechthebbende

Naam:

Voornaam:

INSZ-nr.:

II - Door de behandelende arts te staven elementen:

- ☐ Het betreft de eerste kennisgeving, voor een eerste periode van 3 maanden.
Ik ondergetekende, arts, verklaar dat voornoemde rechthebbende een chronische wonde heeft die na een klassieke behandeling van zes weken onvoldoende geheeld is, van het volgende type :
- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Arterieel ulcus; | ☐ Ulcera ten gevolge van vasculitis; | ☐ Niet hierboven hernomen chronisch ulcus |
| ☐ Veneus ulcus; | ☐ Hydradenitis suppurativa; | waarvoor actieve verbandmiddelen het |
| ☐ Diabetisch ulcus; | ☐ Oncologische wonden; | enig therapeutisch alternatief vormen, |
| ☐ Drukulcus van stadium II, III of IV; | ☐ Post-chirurgische wonden; | bevestigd door een geneesheer specialist |
| ☐ Neuropatisch ulcus (bij niet | ☐ Brandwonden; | in de dermatovenereologie, na een |
| diabetici); | | diagnostisch onderzoek. |
- ☐ Het betreft een tweede kennisgeving, met het oog op een hernieuwing voor een nieuwe periode van 3 maanden. Deze verlenging is gerechtvaardigd op basis van de volgende redenen:
.....
.....
- ☐ Het betreft een derde kennisgeving, met het oog op een hernieuwing voor een nieuwe periode van 3 maanden. Deze verlenging is gerechtvaardigd op basis van de volgende redenen:
.....
.....
- ☐ Het betreft een vierde en laatste kennisgeving, met het oog op een hernieuwing voor een nieuwe periode van 3 maanden. Deze verlenging is gerechtvaardigd op basis van de volgende redenen:
.....
.....

Ik houd de nodige stukken waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de voornoemde situatie bevindt ter beschikking van de adviserend geneesheer.

III- Identificatie van de behandelende arts.

Naam, Voornaam:

Adres:

RIZIV-nr.:

Datum:

Stempel – Handtekening van de arts