|  |
| --- |
| **OVEREENKOMST INZAKE GEAVANCEERDE OF DURE TECHNOLOGIE (GDT)****BIJ DE DIABETESPATIËNT****AANVRAAG AAN DE ADVISEREND ARTS VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING****OM TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN EEN GDT** |

*Dit formulier moet bij het ziekenfonds van de rechthebbende worden ingediend*

*om een tegemoetkoming in de kosten van een GDT aan te vragen.*

*Deze procedure wordt geregeld door artikel 23, § 1 van de wet betreffende de verplichte*

*verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,*

*en door de artikelen 137 tot 144 van het gecoördineerd KB van 3 juli 1996 dat deze wet uitvoert.*

**IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT :**

|  |  |
| --- | --- |
| Ondergetekende, ……………………………………………(naam en voornaam)  | Hier kleefbriefje aanbrengen a.u.b. |

☐ vraagt een tegemoetkoming aan voor de geavanceerde of dure technologie (GDT) die hem/haar werd voorgeschreven en uitgelegd en die hij/zij zal volgen

Datum van de aanvraag : . . . . / . . . . / . . . .

Handtekening van de rechthebbende :

(ingeval het een gevolmachtigde is die de aanvraag invult en ondertekent : naam, relatie tot de rechthebbende en hoofdverblijfplaats – gemeente, straat en nummer – vermelden).

**IN TE VULLEN DOOR DE GECONVENTIONEERDE DIENST :**

**Identificatie van de geconventioneerde dienst**

Nummer: 7.86.9. . . . . .

Naam en adres :

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon:

Geavanceerde of dure technologie(ën) waarmee de patiënt zal worden behandeld[[1]](#footnote-1) :

Gevraagde behandelingsperiode : van . . / . . / . . . . tot en met . . / . . / . . . . [[2]](#footnote-2)

Hij/zij wordt momenteel reeds begeleid in het kader van volgende overeenkomst(en) :

☐ de zelfregulatieovereenkomst voor volwassenen

☐ van het eigen ziekenhuis

☐ van een ander ziekenhuis (identificatienummer van de overeenkomst : 7.86……….)

☐ de insulinepomp-overeenkomst voor volwassenen

☐ van het eigen ziekenhuis

☐ van een ander ziekenhuis (identificatienummer van de overeenkomst : 7.86.5.…….)

☐ de zelfregulatieovereenkomst voor kinderen en adolescenten van het eigen ziekenhuis

☐ de rechthebbende wordt behandeld met een insulinepomp

☐ de rechthebbende wordt NIET behandeld met een insulinepomp

Het gaat in dit geval :

☐ om een eerste voorschrift voor een GDT-behandeling voor deze rechthebbende door deze geconventioneerde dienst

☐ om de verlenging van de eerder voor deze rechthebbende al goedgekeurde GDT-behandeling door deze geconventioneerde dienst

☐ om de verlenging en wijziging van de eerder voor deze rechthebbende al goedgekeurde GDT-behandeling door deze geconventioneerde dienst (overschakeling naar een andere GDT)

Naam, handtekening en datum van de verantwoordelijke arts of van de endocrino-diabetoloog van het geconventioneerde diabetesteam:

Namen (+ adres en telefoonnummer) van de andere artsen die actief bij de diabetesbehandeling van de rechthebbende betrokken zijn:

* artsen-specialisten: ..............................................................................................................................

* huisarts: ......................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Vak voorbehouden voor de adviserend arts** |
| Datum van ontvangst van deze aanvraag door de adviserend geneesheer: …./…./…….. Beslissing:☐ Gunstig☐ Andere beslissing (+ motivatie):  |

1. Naam + pseudocode van de door het Verzekeringscomité goedgekeurde GDT vermelden of lijst van alle goedgekeurde GDT (met pseudocode) toevoegen en aankruisen wat van toepassing is [↑](#footnote-ref-1)
2. De periode start op de begindatum van de behandeling met een GDT en mag niet meer dan 12 maanden duren [↑](#footnote-ref-2)