

# AANVRAAG VOOR TERUGBETALING GONAPEPTYL DEPOT 3,75 MG

## Ter attentie van de adviserende geneesheer

Ik, ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, specialist in de gynaecologie, verzoek de adviserende geneesheer tot terugbetaling, aan de patiënte, onder volgende voorwaarden:

Naam en voornaam: .....

Paragraaf	Behandeling van		Terugbetaling	Verlenging van terugbetaling
470200	Endometriose*	<input type="checkbox"/> Gonapeptyl Depot 3,75 mg	<input type="checkbox"/> 3 spuiten (= 3 maanden)	<input type="checkbox"/> 3 spuiten (= 3 maanden)
470400	Uterusfibromen	<input type="checkbox"/> Gonapeptyl Depot 3,75 mg	<input type="checkbox"/> 3 spuiten (= 3 maanden)	

\* Het totaal van de vergoede verpakkingen mag geen behandelingsduur van meer dan 6 maanden toelaten.

## Anamnese en Motivatie - Klinisch en gemotiveerd verslag

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Ziekenfondsklevertje of in te vullen

Naam en voornaam van de verzekerde: .....

Adres: .....

.....

Datum: .....

Ziekenfonds: .....

Inschrijvingsnummer bij ziekenfonds: .....

Stempel	Handtekening geneesheer
---------	-------------------------