BIJLAGE B: Model van het formulier voor aanvraag van verlenging van vergoeding
Aanvraagformulier voor vergoeding van de specialiteiten ingeschreven in § 8750000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018.

I. Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam, inschrijvingsnummer):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (aansluitingsnummer)

II - Elementen te bevestigen door de voorschrijvende arts verbonden aan een erkend AIDS-referentiecentrum dat een RIZIV-Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten

Ik ondergetekende, arts verbonden aan een erkend AIDS-referentiecentrum dat een RIZIV-Conventie omtrent functionele heropvoeding heeft afgesloten, verklaar dat hij/zij aan alle voorwaarden gesteld in § 8750000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 1 februari 2018 voldoet.

⊔ ik bevestig dat mijn patiënt niet geïnfecteerd is met HIV
datum van de test : ……
⊔ ik bevestig dat mijn patiënt nog steeds een hoog risicogedrag vertoont op HIV-besmetting

⊔ ik verbind mij ertoe de geregistreerde gegevens op te nemen in het register.

⊔ Ik verbind mij ertoe om het bewijsmateriaal waaruit blijkt dat mijn patiënt zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend-arts

III - Identificatie van de arts in punt II hierboven vermeld:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (RIZIV nr)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel van de arts) ..... (handtekening van de arts)