

**Terugbetalingsaanvraag voor paracetamol en/of codeïne in
magistrale bereiding voor een patiënt met chronische pijn(en)**

**(producten vermeld onder §4 van hoofdstuk IV van bijlage II bij het Koninklijk
Besluit van 12 oktober 2004).**

TER ATTENTIE VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Naam van de patiënt:

Adres van de patiënt:

of kleefbriefje van de mutualiteit

Naam van de gerechtigde:

Verzekeringsinstelling/ziekenfonds:

INSZ-nr:

Ik, ondertekenende, dokter in de geneeskunde, bevestig dat de magistrale bereiding van
bovenvermeld(e) geneesmiddel(en) gebruikt zal worden bij de behandeling van bovenvermelde
patiënt met een of meerdere chronische pijnen.

DIAGNOSE:

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

Stempel van de behandelende geneesheer:

Met collegiale groeten

Datum: /...../

Handtekening: