

één van de volgende § 4740000, 5130000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het KB. 1 februari 2018 en de voortzetting van de behandeling is medisch gerechtvaardigd.

Op basis van deze elementen vraag ik de verderzetting van de vergoedbare behandeling met de specialiteit op basis van zoledroninezuur 0,05 mg/mL IV 1x/jaar voor een nieuwe periode van 36 maanden (max. 3 verpakkingen).

V – Identificatie van de behandelende arts (naam, voornaam, adres, RIZIV nummer) :

_____ (naam)

_____ (voornaam)

1 - _____ - _____ - _____ (RIZIV n°)

____ / ____ / _____ (datum)



(stempel)

.....

(handtekening van de arts)