Hemofilie

Referentiecentra en nationaal coördinatiecentrum

**MEDISCH VERSLAG**

Bij te voegen bij het aanvraagformulier voor een tegemoetkoming

in de kosten van revalidatieverstrekkingen

DIT RAPPORT MOET AANTONEN DAT DE RECHTHEBBENDE
BEANTWOORDT AAN DE VOORWAARDEN VAN DE CONVENTIE

**Identificatie van de inrichting**

Identificatienummer:

Naam:

Straat, nr.:

Postcode, plaats:

**I. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS**

1.1. Identificatie van de rechthebbende

Naam, voornaam:

Geboortedatum:

Aansluitingsnummer bij de verzekeringsinstelling:

1.2. Gevraagde periode

Datum van het begin van de gevraagde periode:

**II. MEDISCHE GEGEVENS**

De ondertekende geneesheer verklaart dat de patiënt lijdt aan (het juiste vakje aanvinken):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. één van de volgende vormen van hemofilie:
 |
|[ ]  * 1. hemofilie A (deficitaire coagulatiefactor VIII),
 |
|[ ]  * 1. hemofilie B (deficitaire coagulatiefactor IX),
 |
|[ ]  * 1. zeldzame vorm van bloedstollingsstoornis (deficitaire coagulatiefactor I fibrinogeen, II, V, VII, X, XI of XIII),
 |
|  |  |
|  | die als ernstig wordt beschouwd (percentage van de coagulatiefactor < 1% van het normale percentage), |
|  |  |
|[ ]  2. de ziekte van Von Willebrand van type III, die gekenmerkt wordt door zowel een ernstig kwantitatief deficit van Von Willebrandfactor antigeen (percentage < 1% van het normale percentage) als door een percentage van coagulatiefactor VIII (FVIIIc) < 5% van het normale percentage. |

Eventuele andere verduidelijkingen en/of opmerkingen:

|  |  |
| --- | --- |
| De arts van de inrichtingverklaart dat voor deze rechthebbende alle verplichtingen en voorwaarden, vastgelegd in de overeenkomst, vervuld zijn. | De arts van de inrichting(datum, naam, RIZIV nr., handtekening) |