

Terugbetalingsformulier DATscan/striascan

IDENTIFICATIEGEGEVENS	AANVRAGENDE ARTS
(Bij voorkeur patiëntenklever)	(naam, RIZIV-nummer, handtekening)
NAAM:	
GEBOORTEDATUM:	
	DATUM:

Ik, arts gespecialiseerd in neurologie/neuropsychiatrie, bevestig dat hierboven vermelde patiënt een klinisch twijfelachtig Parkinsonsyndroom vertoont, waarvoor het uitvoeren van een SPECT-scan met DaTscan/Striascan vereist is, om een verlies van functionele dopaminerge neuronale uiteinden in het striatum te detecteren.

Ik verklaar dat hij/zij aan alle volgende criteria voldoet, zoals vermeldt in het Belgisch Staatsblad van 20 april 2004, Ed. 3, p. 23159:

- Het onderzoek is, naar mijn weten, nooit eerder terugbetaald;
- Het onderzoek betreft een volwassen patiënt en is bestemd om de differentiële diagnose te stellen tussen essentiële tremor en Parkinsonsyndromen;
- Zowel anamnese als klinisch onderzoek zijn onvoldoende om de diagnose met zekerheid te stellen.

Op grond van deze beschouwingen verklaar ik dat deze patiënt van de terugbetaling van het onderzoek met DaTscan/Striascan moet kunnen genieten, aan de maximale dosis van 1 flacon van 2,5 mL of 185 MBq.

Indien gewenst kan ik al het bewijsmateriaal aangaande de toestand van deze patiënt ter beschikking van de adviserend-arts van het verzekeringsorganisme stellen.