

# Aanvraag tot terugbetaling van CREON® 10 000 / CREON® 25 000 / CREON® 40 000

## Identificatie rechthebbende

Naam - voornaam: .....

Aansluitingsnummer: .....

## Aanvraag

**Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde vraag de terugbetaling van Creon® 10.000 / Creon® 25.000 / Creon® 40.000 voor de behandeling van bovenvermelde patient met,**

- Mucoviscidosis (Af) (Hoofdstuk IV-§ 70100)
- Syndroom van Schwachmann (Af) (Hoofdstuk IV-§ 70200)
- Een totale pancreatectomie (Af) (Hoofdstuk IV-§ 70400)  
en voeg hierbij het operatieverslag
  
- Een chronisch verminderde exocriene pancreasfunctie (Bf) (Hoofdstuk IV-§ 70300), welke aangetoond wordt met minstens 2 criteria uit de volgende lijst:
  - Beeldvormende technieken van chronisch pancreaslijden
  - Steatorree aangetoond door meer dan 7 g vet over 24 uur
  - Steatorree aangetoond door meer dan 31 % vetlaag met zure steatocriet-methode in 1 stoelgangstaal
  - Mengtriglyceriden-ademtest met radioactief koolstof (C14) of stabiel koolstofisotoop (C13), waarbij minder dan 23 % van de toegediende dosis wordt gerecupereerd
  
- Voor een aanvangsperiode van 12 maanden
- Voor een verlenging van 60 maanden

## Identificatie van de geneesheer

Naam - voornaam: .....

RIZIV nummer: .....

Datum: .....

Stempel:

Handtekening: