

ATTEST TEN BEHOEVE VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

Aanvraag voor terugbetaling in categorie B van de medische voeding:

MODULEN IBD Nestlé, 400 g pulv. or.

Betreft patiënt:

o Naam en Voornaam:

kleefbriefje mutualiteit

Ondergetekende,, Dokter in de geneeskunde en specialist in de pediatrie, verklaart hierbij dat de bovengenoemde patiënt:

- ☒ lijdt aan de ziekte van Crohn
- ☒ behoort tot de leeftijdscategorie van 0 tot en met 17 jaar
geboortedatum:
- ☒ en dat de toestand van de patiënt eventueel een herhaling van een dergelijke behandeling rechtvaardigt

"De voeding moet gedurende een periode van minimum 6 weken (behalve bij vroegtijdig stopzetten van de behandeling) uitsluitend bestaan uit het betrokken voedingsmiddel en moet gevolgd worden door een periode van gedeeltelijke voeding van maximum 3 maanden"

De behandelende geneesheer-specialist in de pediatrie:

stempel

Handtekening:

Plaats en datum:

NB:

- o De machtiging door de adviserend geneesheer is beperkt tot een geldigheidsduur van maximum 12 maanden.
- o De machtiging voor vergoeding kan verlengd worden met nieuwe periodes van 12 maanden mits een nieuwe aanvraag.