



Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

**III 3. Hernieuwing van een verlenging**

Ik, ondergetekende, behandelende arts van de patiënt, verklaar dat de voorafgaande behandeling met LYRICA gedurende een periode van minimum 12 maanden doeltreffend was en goed verdragen werd en dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een nieuwe periode van 12 maanden.

Ik houd de bewijsstukken, die aantonen dat mijn patiënt zich in de verklaarde situatie bevindt, ter beschikking van de adviserend geneesheer.

**III 4. Patiënten die reeds chronisch worden behandeld met LYRICA (deze modaliteit is slechts geldig tot 31.01.2010)**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde en erkend specialist, verklaar dat deze patiënt reeds behandeld werd met bestaande niet terugbetaalde LYRICA verpakkingen voor een van de indicaties vermeld onder punt 1) en dat deze patiënt een terugbetaling van een behandeling met de specialiteit LYRICA nodig heeft gedurende een periode van 12 maanden.

**Ik voeg een omstandig verslag toe** dat aantoonst dat de patiënt aan bovenvermelde voorwaarden voldoet en dat de behandeling met LYRICA doeltreffend is.

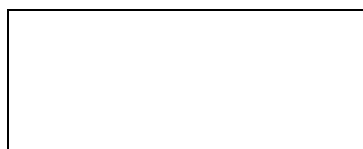
**IV - Identificatie van de geneesheer (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):**

\_\_\_\_\_ (naam)

\_\_\_\_\_ (voornaam)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (n° RIZIV)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (datum)



(stempel)

(handtekening  
geneesheer)

van de