

**1. Identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, inschrijvingsnummer)**


**2. Gegevens te verklaren door de behandelde geneesheer**

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierbovenvermelde patiënt van nicotine afhankelijk is en gemotiveerd is om te stoppen met roken.

Ik verklaar dat hij aan de voorwaarden zal voldoen vermeld onder § 4540000 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001:

- Minstens 18 jaar oud zijn
- Hij heeft in het verleden nog geen gebruik gemaakt van een vergoeding voor varenicline
- Hij heeft een proefbehandeling (titratietherapie) van 14 dagen gevolgd die aangetoond heeft dat de specialiteit goed wordt verdragen.
- Ik verklaar een plan voor ondersteunende gedragstherapie voor mijn patiënt te hebben opgesteld en zijn akkoord te hebben verkregen wat betreft zijn actieve medewerking aan het uitvoeren van dit plan.

Op basis van deze elementen, verklaar ik dat deze patiënt de vergoeding moet verkrijgen van een verpakking van 112 tabletten van 1mg van de specialiteit Champix gedurende een periode van 10 weken.

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

**3. Identificatie van de behandelde arts (naam, voornaam, adres, nr RIZIV)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(naam)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(voornaam)

1	-		-		-		-		(n° RIZIV)
---	---	--	---	--	---	--	---	--	------------

	/		/																																		
--	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(datum)



(stempel)

(handtekening van de geneesheer)

