

Met deze ingevulde artsenverklaring kan de patiënt de kosten van het geneesmiddel Cholestagel® terug vragen bij TerugBetaalRegeling Nederland. De artsenverklaring dient ingevuld te worden door de voorschrijvend arts van Cholestagel®. Heeft u nog vragen over de terugbetaling, bel dan naar TBR Nederland op 088 - 0026765.

De eigen bijdrage voor Cholestagel® wordt volledig vergoed indien de patiënt voldoet aan minimaal 1 van de 2 volgende criteria:

CRITERIA In te vullen door voorschrijvend arts

- Familiaire hypercholesterolemie (verdacht/gediagnosticeerd) met LDL-C boven de streefwaarde ondanks optimale therapie (dieet, statine en ezetimibe).
- Primaire hypercholesterolemie, intolerant voor statines en/of ezetimibe met LDL-C boven de streefwaarde.

Stap 1. PATIËNTGEGEVENS

Voorletters	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Achternaam	.....	
Straat	.....	
Huisnummer	.....	Toevoeging	.....
Postcode	.....	Plaats	.....
Telefoonnummer	.....	
Geboortedatum	.....	
BSN	.....	

Stap 2. ARTSGEGEVENS

Naam arts	Ruimte voor uw stempel
AGB-code arts	.....
Instelling	.....
Specialisme	.....
Telefoonnummer	.....
Handtekening arts	Datum

Informatie voor patiënt en apotheek:

1. U ontvangt deze artsenverklaring van uw arts/specialist.
2. De artsenverklaring stuurt u samen met de kwitantie naar TerugBetaalRegeling Cholestagel®, antwoordnummer 1140, 1180 VD Amstelveen (een postzegel plakken is niet nodig).
3. De door u voorgeschoten eigen bijdrage wordt dan zo snel mogelijk op uw bank- of girorekening gestort.

Eigen bijdrage voorgeschoten door: Apotheker Patiënt

Naam	.....
IBAN	.....