

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 van maximaal € 250,- per jaar 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	

**Informatie voor patiënt en apotheek:**

1. U ontvangt deze artsenverklaring van uw arts/specialist.
2. De artsenverklaring stuurt u samen met de afrekening(en) van de zorgverzekeraar naar TerugBetaalRegeling Cholestagel®, antwoordnummer 1140 te 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.

Naam

IBAN

Voor de gebruikersvoorwaarden en de privacy policy zie [www.tbrnederland.nl](http://www.tbrnederland.nl)