

**Notificatie voor de verstrekkingen 683130-683141 (testelektroden) aan de
adviserend geneesheer**

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

Naam en voornaam:

.....

Adres:

.....
.....

Geboortedatum: / ... /

Verzekeringsinstelling:

.....

Inschrijvingsnummer:

.....

MEDISCH RAPPORT

Indicatie:

Datum van de proefperiode: begin:.... / /

einde: / /

Wij, dokter, dokter en dokter, verklaren dat de resultaten van de proefstimulatie uitgevoerd gedurende ten minste 4 weken negatief zijn gebleken en al de andere vergoedingscriteria zijn gerealiseerd (punt 2° en 3° van §7 van artikel 35 van de nomenclatuur).

IDENTIFICATIE VAN DE GENEESHEREN VAN HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM

	Naam en voornaam	Nummer RIZIV	Datum	Handtekening - stempel
Neurochirurg / ... /
Neuroloog of anesthesist / ... /
Neuropsychiater of psychiater / ... /