

# Aanvraag machtiging tot vergoeding

Geachte heer, mevrouw,

Ondergetekende, ..... naam en voorletter(s) van de arts,  
..... specialisme, indien van toepassing  
Arts te: .....  
Adres: .....  
Telefoon nr. ....  
BIG-nr. ....

verklaart hierbij dat bij zijn/haar patiënt(e)

Naam: .....  
Adres: .....  
Geboortedatum: .....

postherpetische neuralgie (PHN) is vastgesteld sinds .....-.....-..... .

De patiënt(e) is op meerdere manieren voor deze PHN behandeld, tot op heden zonder succes.  
Bij deze patiënt(e) is dus sprake van therapieresistente PHN.

Aangezien de patiënt(e) niet adequaat behandeld kan worden met de regulier beschikbare geneesmiddelen wil ik als laatste optie de patient(e) behandelen met Versatis® (lidocaine pleister 5%). Dit geneesmiddel is in enkele Europese landen geregistreerd en in Nederland uitsluitend op artsenverklaring beschikbaar.

Ik verzoek u hierbij Versatis® voor deze patient te vergoeden, zoals geadviseerd door het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) in de Adviesaanvraag Zorgverzekeringswet d.d. 18 juli 2008 (zie bijlage).

Hoogachtend,

Datum: ..... Handtekening: .....