

# Aanvraag tot terugbetaling van Topiramate Sandoz®

Ondergetekende, \_\_\_\_\_

Geneesheer specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie  
vraagt aan de Adviserend Geneesheer van de verzekeringsinstelling  
ten voordele van:

## Patiënt:

Naam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Vignet kleven

- Terugbetaling voor .... maanden (max.12 maanden)
- Aanvraag tot verlenging van terugbetaling voor .... maanden  
(max. 12 maanden)
  - Topiramate Sandoz 25 mg x 60 tabletten
  - Topiramate Sandoz 25 mg x 100 tabletten
  - Topiramate Sandoz 50 mg x 60 tabletten
  - Topiramate Sandoz 50 mg x 100 tabletten
  - Topiramate Sandoz 100 mg x 100 tabletten
  - Topiramate Sandoz 200 mg x 100 tabletten

Ter behandeling van aanvallen van partiële epilepsie en/of veralgemeende  
tonisch-clonische aanvallen in één van volgende gevallen:

1. Als add-on therapie bij volwassenen en adolescenten van  
12 jaar en ouder, die ofwel partiële aanvallen van epilepsie, ofwel  
gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen vertonen en die  
refractair en intolerant zijn aan andere anti-epileptica.
2. Als monotherapie, bij patiënten van 12 jaar of ouder.

Datum, stempel en handtekening: