

Aanvraagformulier voor vergoeding van een neurostimulator in het kader van
OCD.

I. Identificatie

1. Van de patiënt

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Geslacht:

Adres:

Telefoonnummer:

2. Van het centrum

Naam van het centrum:

Naam van de artsen:

Riziv-nummers:

Datum aanvraag:

II. Medische/Psychiatrische gegevens

1. Huidige Diagnose DSM IV-TR:

As I: hoofddiagnose:
Secundaire diagnose:

As II:

As III:

As IV:

As V:

2. Medische voorgeschiedenis :

Interne :

Heelkunde :

3. Psychiatrische voorgeschiedenis :

Psychotische episode(s): ja/nee periode(s):

Schizofrenie: ja/nee sinds:

Middelenmisbruik/afhankelijkheid:
ja/nee
middel:
periode(s):
huidige toestand

Depressieve episode(s): ja/nee periode(s):

(Hypo)manische/gemengde episode(s):
ja/nee periode(s):

Suïdaliteit: ja/nee
evolutie:
huidige toestand:

Cognitieve stoornis NAO/dementie:
ja/nee
sinds:

4. Dwangsymptomen:

4.1. Kwalitatieve beschrijving van de Obsessies

4.2. Kwalitatieve beschrijving van de Compulsies

4.3. Begin van de eerste symptomen: op leeftijd vanjaar

4.4. Begin van de ernstig invaliderende symptomen: op leeftijd van jaar

4.5. Datum diagnosestelling:

4.6. Impact op de levenskwaliteit

4.7. Familiale voorgeschiedenis (psychiatrische stoornissen)

4.8. Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale (Y-BOCS):

datum:	obsessies:	/20
	compulsies:	/20

4.9. Global Assessment of Functioning (GAF) score:

Datum : **/100**

5. Behandeling:

5.1. Huidige behandeling

5.1.1. Medicatie: (per geneesmiddel dosis en sinds wanneer aangeven)

5.1.2. Psycho-therapie/ begeleiding (soort therapie, frequentie en sinds wanneer aangeven)

5.2. Vroegere behandelingen

5.2.1. Biologisch

5.2.1.1. Farmacotherapie

<u>Medicatie</u>	<u>Max. dosis</u>	<u>Duur of periode</u>	<u>Resultaten + Reden van stopzetting</u>
SSRI:			
Anafranil:			
Andere:			

5.2.1.2. Elektroconvulsieve therapie: (aantal, periode en indicatie vermelden)

5.2.1.3. Andere

5.2.2. Cognitieve gedragstherapie (behandelingsverslag in bijlage toevoegen)

- **Therapeut (naam, adres en/of riziv-nummer):**
- **Technieken:**
- **Frequentie en duur**
- **Residentieel/ ambulant**
- **Resultaat/ reden van mislukking**

5.2.3. Andere psychotherapie (behandelingsverslag in bijlage toevoegen)

- **Techniek/soorten:**
- **Frequentie en duur**
- **Residentieel/ ambulant**
- **Resultaat/ reden van mislukking**

5.2.4. Werkstatus:

Sedert welke datum:

6. Neurologische gegevens:

CT- scan of MRI: uitgevoerd op.....(datum)

bevindingen:

Handtekeningen van de OCS-leden:

	Naam	RIZIV-nummer	Handtekening
Neurochirurg(en):			

Psychiaters: