Dienst Uitvoering
Subsidies aan Instellingen
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Verklaring type behandeling

Subsidieregeling borstprothesen transvrouwen

Laat deze verklaring invullen en ondertekenen door een BIG-geregistreerde arts. Stuur een scan of foto van deze verklaring mee bij uw aanvraag.

Gegevens aanvrager

Voorletter(s) _____

Achternaam _____

Geboortedatum _____

Geboorteplaats _____

Verklaring behandelend arts

Ik verklaar dat onderstaande behandeling bij de aanvrager zal worden uitgevoerd (kruis aan wat van toepassing is):

- ☐ Borstvergroting met prothese (siliconen of zoutwater gevuld);
- ☐ Autologe borstvergroting uitgevoerd met een axiale (huid/spier)lap (zoals TRAM of LD +/- prothese);
- ☐ Microchirurgische autologe borstvergroting uitgevoerd met een vrije lap;
- ☐ Een andere behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, namelijk (invullen): _____

NB. De autologe vettransplantatie (AFT) - ook wel 'lipofilling' genoemd - ten behoeve van de constructie van een volledige borst, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze behandeling kan er geen subsidie aangevraagd worden.

Ondertekening behandelend arts

Plaats en datum _____

BIG-nummer _____

Naam arts _____

Naamstempel arts _____

Handtekening _____

Naar aanleiding van deze verklaring kan DUS-I, indien nodig, nadere inlichtingen opvragen.