

## Financiële informatie over behandelingen van lage rugpijn

Vanaf 1 januari 2016 vallen de behandelingen voor lage rugpijn niet meer onder de verzekerde zorg. Dit zijn de behandelingen voor de pijn uitgaand van het:

- facetgewricht
- sacro-iliacale gewricht (SI).

Het besluit om de behandelingen voor lage rugpijn niet meer te vergoeden, is gebaseerd op de uitkomsten van de landelijke studie (MinT-studie) waaraan meer dan 8000 patiënten hebben meegedaan. De MinT-studie betrof een studie naar het effect van de facet en SI-behandeling bij chronische lage rugpijn.

Dit betekent dat de behandeling nog wel plaats mag vinden, maar dan tegen een vergoeding door de patiënt zelf.

Langs deze weg informeren wij u over de tarieven voor deze behandelingen.

De bedragen voor de behandelingen zijn:

- Behandeling van het facetgewricht
  - o Enkelzijdig € 250,--
  - o Dubbelzijdig € 300,--
- Behandeling van het SI-gewricht
  - o Enkelzijdig € 300,--
  - o Dubbelzijdig € 400,--

Op het Pijnbehandelcentrum van het Albert Ziekenhuis is het mogelijk om de behandeling tegen bovenstaand tarief te laten uitvoeren.

De behandeling wordt uitgevoerd door de pijnspecialist bij wie u onder behandeling bent.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat:

- een positieve proefblokkade (u ervaart meer dan 50 % pijnreductie) met een verdovingsvloeistof in het SI-gewricht of het facetgewricht niet altijd 100% pijnverlichting geeft na een warmtebehandeling van dit zelfde gewricht;
- een herhaling van de warmtebehandeling van het SI-gewricht of het facetgewricht niet altijd opnieuw het gewenste resultaat oplevert.

Indien u hiermee akkoord gaat, verzoeken wij u bijgevoegde verklaring te ondertekenen.

Voor de administratieve afhandeling, krijgt u een rekening van het Albert Schweitzer ziekenhuis thuisgestuurd die u binnen 30 dagen moet voldoen.

Bij vragen zijn wij op werkdagen bereikbaar van 08.00-16.30 uur op tel.(078) 654 22 19.

Pijnbehandelteam Zwijndrecht

## VERKLARING INFORMED CONSENT

Ponsplaatje

Hierbij verklaar ik:

- Dat ik voldoende ben geïnformeerd door \_\_\_\_\_ over de behandeling van de facet of SI-blokkade. Ik ben in de gelegenheid geweest tot het stellen van vragen.
- Dat ik de volgende schriftelijke informatie over de behandeling heb ontvangen:  
\_\_\_\_\_
- Dat ik geïnformeerd ben over de risico's van de behandeling.
- Dat ik akkoord ga met het zelf bekostigen van de behandeling (niet-verzekerde zorg).
- Dat ik de rekening ook betaal als het resultaat van de behandeling niet aan mijn verwachting voldoet.

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

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

U kunt een kopie van deze overeenkomst meenemen.