

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

CANNABIDIOL (Epidyolex®)

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 1.0
 Ingangsdatum: 01-12-2022
 NUMMER: 153

A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
 geboortedatum:
 verzekerdenummer:
 adres:

ruimte voor patiëntenetiket / ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

B doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Hier invullen: Ondergetekende, '(kinder)neuroloog met ervaring met behandeling van epilepsie bij de syndromen Lennox Gastaut en Dravet, die cannabidiol (Epidyolex®) voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde:

- | | | kolom 1* | kolom 2* |
|---|---|---|---|
| 1 | dit geneesmiddel de afgelopen 6 maanden rechtmatig en aaneengesloten heeft gebruikt ten laste van de zorgverzekeraar | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 3
<input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2 | |
| 2 | 2 jaar of ouder is en cannabidiol gebruikt als adjuvante therapie bij aanvallen die geassocieerd worden met het Lennox-Gastautsyndroom (LGS) of het syndroom van Dravet (DS) in combinatie met clobazam | <input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> NEE | <input checked="" type="checkbox"/> XO |
| 3 | bij wie na 6 maanden gebruik van de onderhoudsdosering de aanvalsfrequentie met ten minste 30% is afgenomen ten opzichte van de periode voorafgaand aan de start van cannabidiol | <input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> NEE | <input checked="" type="checkbox"/> XO |

C HANDTEKENING ARTS

zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:
 praktijkadres:
 telefoon:
 datum:
 handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhouder verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:

a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB-code apothekhouder:
 datum:
 handtekening apothekhouder:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 153** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.



