

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

SILDENAFIL / TADALAFIL

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

VERSIE: 5.0
INGANGSDATUM: 01-06-2022
NUMMER: 028

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
geboortedatum:
verzekernummer:
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR MEDISCH SPECIALIST
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C',
toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, medisch specialist handelend vanuit een multidisciplinair samenwerkingsverband PAH én verbonden aan een Universitair Medisch Centrum of het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, die sildenafil of tadalafil voorschrijft aan deze verzekerde, verklaart dat

de verzekerde dit medicament krijgt voorgeschreven in het kader van de behandeling van arteriële pulmonale hypertensie

JA
 NEE

kolom
1*

60

kolom
2*

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 APOTHEEK

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

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

AGB code apotheek:

datum:

handtekening:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 28** 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.

