

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

TEZACAFTOR / IVACAFTOR
(in combinatie met monopreparaat ivacaftor)**NB:** Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>VERSIE: 5
Ingangsdatum: 01-06-2022
NUMMER: 121**A** VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

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

Hier invullen: Ondergetekende, behandelend medisch specialist vanuit een van de landelijk erkende CF-centra, die tezacaftor/ivacaftor in combinatie met het monopreparaat ivacaftor voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde:

1 de ziekte cystische fibrose heeft,

 JA, ga naar 2
 NEEkolom
1*kolom
2***XO**

2 6 jaar of ouder is,

 JA, ga naar 3
 NEE**XO**

3. en homozygoot is voor de F508del-mutatie in het CFTR-gen óf heterozygoot is voor de F508del-mutatie en één van de volgende mutaties heeft in het CFTR-gen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A->G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G->A, 3272-26A->G en 3849+10kbc->T,

 JA, ga naar 4
 NEE**XO**

4. DNA-onderzoek heeft gehad waaruit bovenstaande genmutatie is vastgesteld

 JA, ga naar 5
 NEE**XO**

5. en tezacaftor/ivacaftor gebruikt in combinatie met het monopreparaat ivacaftor

 JA
 NEE**60****XO****C**HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

DIN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhoudende 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 apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 121** 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.

