

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

GIVOSIRAN

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

VERSIE: 1.0
INGANGSDATUM: 01-01-2022
NUMMER: 134

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Ondergetekende, behandelend medisch specialist in het expertisecentrum Porfyrie (Erasmus MC) schrijft givosiran voor ter behandeling van:

		kolom 1*	kolom 2*
1	acute hepatische porfyrie voor patiënten met een bevestigde diagnose van acute hepatische porfyrie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	XO
2	en met een recente voorgeschiedenis van frequente acute porfyrie aanvallen (minimaal 2 acute aanvallen in 6 maanden of op hemine profylaxe).	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	36 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 apotheek houdende 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 apotheekhoudende:

datum:

handtekening apotheekhoudende:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 134** 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.

