

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

IVACAFTOR MET TEZACAFTOR EN ELEXACAFTOR

(in combinatie met een tablet ivacaftor 's avonds)

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

VERSIE: 4
Ingangsdatum: 01-08-2022
NUMMER: 138

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiënetiket/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.

Ondergetekende, behandelend medisch specialist in een landelijk erkend CF-centrum, schrijft 1 x daags de combinatie-tablet met ivacaftor / tezacaftor / elexacaftor en 1 x daags een tablet ivacaftor voor ter behandeling van:

			kolom 1*	kolom 2*
1	een verzekerde van 6 jaar of ouder,	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	die de ziekte cystische fibrose (CF) heeft	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
3	die tenminste één F508del mutatie heeft in het CFTR-gen.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
4	een DNA-onderzoek heeft gehad waaruit bovenstaande genmutatie is vastgesteld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 60	<input checked="" type="checkbox"/> XO

C HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en g
handtekening

Deze artsenvklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenvklaring en de bijbehorende apothekinstructie 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:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 138** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
3. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

