

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apothek

Nirmatrelvir/ritonavir
(Paxlovid®)

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

VERSIE: 1.0
INGANGSDATUM: 15-11-2022
NUMMER: 151

A VERZEKERDEGEGEVENS
 vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Ondergetekende schrijft Nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®) voor een verzekerde welke

			kolom 1*	kolom 2*
1	wordt behandeld met dit middel volgens de recente en actuele SWAB-richtlijn 'medicamenteuze behandeling voor patiënten met COVID-19' en/of NHG-standaard COVID-19.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2	verondersteld SARS-CoV-2 naïef (ongevaccineerd en COVID-19 niet doorgemaakt) is én een verhoogd risico heeft op ernstig beloop door zijn/haar gezondheid. Zoals kwetsbare ouderen of patiënten met een ernstige hart- en of longaandoening, of	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	11	
3	een ernstig verminderde afweer heeft en onder behandeling is bij een medisch specialist. Zoals patiënten die net een orgaantransplantatie hebben ondergaan of patiënten die minder dan 3 maanden voor hun vaccinatie chemotherapie hebben gehad.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	11	XO

C HANDTEKENING ARTS
 zorg voor juiste, leesbare en gedateerde 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 apothekinstruatie 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 151** 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.

