|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ARTSENverklaring | | | | | B | IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND SPECIALISTdoorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij ‘C’,toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig. | C | | HANDTEKENING ARTSzorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening | |
| **Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek** | | | | |
| PEGCETACOPLAN | | | | |  | | **Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld** | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ondergetekende heeft pegcetacoplan voorgeschreven aan een verzekerde | | | Kolom 1\* | Kolom 2\* | | 1 | Met paroxismale nachtelijke hemoglobinurie (PNH) | □ JA, ga naar 2  □ NEE |  | XO | | 2 | Die na behandeling gedurende ten minste 3 maanden met een C5-remmer anemisch is met een hemoglobinewaarde <6,5mml/L. | □ JA  □ NEE | 24 | XO | |  |  |  |  |  | | | naam:  praktijkadres:  telefoon:  datum:  handtekening arts: | | |  |
| NB: | Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op http://www.znformulieren.nl | | | |
| VERSIE:  Publicatiedatum:  NUMMER: | | | 1.0  01-05-2023  157 | |
| A | | VERZEKERDEGEGEVENSvul de gevraagde gegevensvolledig in | | | D | IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKhoudende | | |
| naam:  geboortedatum:  verzekerdenummer:  adres: | | | |  | **De apotheekhoudende 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:: | | | |
| ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje | | | | |
| \* | | | |
| 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 157** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. 2. 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. | | | |

© 2023 ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND