|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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: | 1.001-05-2023157 |
| A | VERZEKERDEGEGEVENSvul de gevraagde gegevens volledig 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 zorgverzekeraarb) afgeleverd, NIET ten laste van de  zorgverzekeraarc) NIET afgeleverdAGB-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