ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

CROVALIMAB

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

VERSIE: 1.0
INGANGSDATUM: 01-01-2026
NUMMER: 191

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

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, internist hematoloog, heeft crovalimab voorgeschreven aan een verzekerde			**kolom 1***	**kolom 2***
1	Met paroxismale nachtelijke hemoglobinurie (PNH)	☐ *JA* ☐ *NEE*	24	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:

*

1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 191** 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.

Zorgverzekeraars Nederland

© 2026 ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND