

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

DEFLAZACORT  
(Deflazacort XGX)

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

VERSIE: 2  
Ingangsdatum: 01-05-2025  
NUMMER: 187

**A** VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/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 verklaart dat verzekerde voldoet aan de volgende voorwaarde:

1 Verzekerde is een patiënt met Duchenne musculaire dystrofie die onacceptabele bijwerkingen ervaart op predniso(lo)n en onder behandeling is in een expertisecentrum.

JA  
 NEE

kolom  
1\*

36

kolom  
2\*

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 apothekhouder 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 apothekhouder:

datum:

handtekening apothekhouder:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 187** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- 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](http://www.znformulieren.nl).

