

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

CANNABIDIOL en FENFLURAMINE

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

VERSIE: 2
Ingangsdatum: 01-04-2024
NUMMER: 172

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens
volledig in

naam:
geboortedatum:
verzekernummer:
adres:

ruimte voor patiënetiket / 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.

Hier invullen: Ondergetekende, (kinder)neuroloog met ervaring in behandeling van epilepsie bij de syndromen Lennox Gastaut en Dravet, die cannabidiol of fenfluramine voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde:

		kolom 1*	kolom 2*
1. dit geneesmiddel de afgelopen 6 maanden rechtmatig en aaneengesloten heeft gebruikt ten laste van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2		
2. 2 jaar of ouder is en cannabidiol () in combinatie met clobazam) of fenfluramine gebruikt als adjuvante therapie bij aanvallen die geassocieerd worden met het Lennox-Gastautsyndroom (LGS) of het syndroom van Dravet (DS)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	6	XO
3. bij wie na 6 maanden gebruik van de onderhoudsdosering de aanvalsfrequentie met ten minste 30% is afgenomen ten opzichte van de periode voorafgaand aan de start van cannabidiol en fenfluramine	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	36	XO

C

HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

Deze artsenv verklaring 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 artsenv verklaring en de bijbehorende apothekinstructie 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:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 172** 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.

