

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

FEZOLINETANT

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

VERSIE: 1.0
INGANGSDATUM: 01-05-2026
NUMMER: 195

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

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, gynaecoloog of arts onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog*, heeft fezolinetant voorgeschreven aan een verzekerde			kolom 1*	kolom 2*
1	Met matige tot ernstige vasomotorische symptomen (VMS) geassocieerd met de menopauze	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2	die niet uitkomt met hormoonsuppletie therapie en gestopt is vanwege medische redenen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	36	
3	óf bij wie er een contra-indicatie bestaat voor hormoonsuppletie therapie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	36	XO

* Een arts die onder de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog werkt, is vaak een arts in opleiding (AIOS), een arts-assistent niet in opleiding (ANIOS), of een gespecialiseerde verloskundearts. Deze artsen voeren medische handelingen uit, verlenen zorg op de polikliniek maar de gynaecoloog blijft eindverantwoordelijk voor het indicatiebeleid en de medische beslissingen.

CHANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

DIN 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:

*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 157** 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.

