

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

IVACAFTOR

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

VERSIE: 7
Ingangsdatum: 01-08-2022
NUMMER: 100

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.

Hier invullen: Ondergetekende, behandelend medisch specialist vanuit een van de landelijk erkende CF-centra, die ivacaftor voorschrijft aan verzekerde verklaart dat verzekerde:		kolom 1*	kolom 2*
1	de ziekte cystische fibrose heeft,	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	met de 'gating mutaties' waarvoor ivacaftor geregistreerd is,	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	
3	met een R117H mutatie waarvoor ivacaftor geregistreerd is,	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	
4	óf a) van 6 jaar en ouder in combinatie met tezacaftor/ivacaftor 1. die homozygoot zijn voor de F508del-mutatie in het CFTR-gen óf 2. die heterozygoot zijn voor de F508del-mutatie en één van de volgende mutaties hebben in het CFTR-gen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A->G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G->A, 3272-26A->G en 3849+10kbC->T b) van 6 jaar en ouder die tenminste één F508del mutatie hebben in het CFTR-gen, in combinatie met elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
5	DNA-onderzoek heeft gehad waaruit de genmutatie is vastgesteld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 60 <input checked="" type="checkbox"/> 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 apothekhoudende 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 apothekhoudende:
datum:
handtekening apothekhoudende:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 100** 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.

