

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## LUMACAFTOR/ IVACAFTOR

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

VERSIE: 4  
Ingangsdatum: 01-02-2024  
NUMMER: 114

**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, behandelend medisch specialist vanuit een van de landelijk erkende CF-centra, die lumacaftor/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 1 jaar of ouder is	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
3. homozygoot is voor de F508del-mutatie in het CFTR-gen	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
4. DNA-onderzoek heeft gehad waaruit bovenstaande genmutatie is vastgesteld	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	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 apothekhouder verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring 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:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 65** 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).

