ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

RISDIPLAM

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: 160

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

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 vanuit een van de landelijk erkend centrum verklaart dat verzekerde voldoet aan de volgende voorwaarde:		**kolom 1***	**kolom 2***
1 van 2 maanden tot en met 25 jaar oud (bij start van de behandeling) en met een klinische diagnose van 5q SMA type 1, type 2 of type 3, of	☐ *JA* ☐ *NEE, ga naar 2*	36	
2 met een presymptomatische diagnose van 5q SMA en één tot en met vier kopieën van het SMN2-gen.	☐ JA, ☐ NEE	36	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 apotheekhoudende 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:

*

1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 160** 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.

Zorgverzekeraars Nederland

© 2025 Zorgverzekeraars Nederland