

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

SOLRIAMFETOL en
PITOLISANT

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

VERSIE: 6.0
Publicatiedatum: 01-02-2026
NUMMER: 156

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 medisch specialist heeft solriamfetol of pitolisant voorgeschreven		Kolom 1*	Kolom 2*
1	Ondergetekende is een gespecialiseerd arts in slaap-waakstoornissen en werkzaam in een SVNL-geaccrediteerd slaapcentrum	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	XO
2	Solriamfetol of pitolisant wordt voorgeschreven voor de behandeling van overmatige slaperigheid overdag (EDS) en het verbeteren van de mate van wakker zijn bij patiënten met narcolepsie	<input type="checkbox"/> JA, eerste uitgifte <input type="checkbox"/> JA, na minimaal 12 maanden gebruik <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	12 36
3	solriamfetol of pitolisant is voorgeschreven aan een verzekerde met de diagnose obstructief slaapapneusyndroom (OSA) die: - residuale klachten van overmatige slaperigheid overdag (EDS) heeft die behandeling behoeven ter verbetering van de mate van wakker zijn; - en optimale OSA-therapie ontvangt; - en bij wie andere oorzaken voor EDS zijn uitgesloten.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE	XO
4	Bij wie bij de start óf twaalf maanden na de start van de behandeling, is beoordeeld dat de inzet of continuering van solriamfetol of pitolisant (nog) gepast is	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA, na minimaal 12 maanden gebruik <input type="checkbox"/> NEE	12 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 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 156** 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.

