

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apothek

VARICELLA-ZOSTERVACCIN

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

VERSIE: 2
 INGANGSDATUM 01-05-2022
 :
 NUMMER: 131

A VERZEKERDEGEGEVENS
 vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
 geboortedatum:
 verzekerdenummer
 :
 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, behandelend medisch specialist schrijft varicella-zostervaccin voor ter behandeling van: | | | kolom 1* | kolom 2* |
|--|---|--|-----------|-----------|
| 1 | een verzekerde van 18 jaar of ouder, | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE | | XO |
| 2 | die onlangs een stamceltransplantatie (allogeen of autoloog) ondergaan heeft, of waarbij een stamceltransplantatie gepland staat; | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3 | 06 | |
| 3 | met een solide tumor of hematologische kanker, die behandeld wordt met een immuunsuppressieve behandeling, bij wie vaccinatie vóór, tijdens of na de behandeling toegediend kan worden; | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4 | 06 | |
| 4 | die onlangs een orgaantransplantatie ondergaan heeft, of waarbij een orgaantransplantatie gepland staat; | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5 | 06 | |
| 5 | die geïnfecteerd is met het Humaan Immundeficiëntie Virus (HIV). | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE | 06 | 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 apothek 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 apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 131** 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.

