

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## ATALUREN

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

VERSIE: 2.0  
INGANGSDATUM: 01-11-2023  
NUMMER: 136

### 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, behandelend medisch specialist Duchenne-Becker in het expertisecentrum van het LUMC of Radboudumc, schrijft ataluren voor ter behandeling van\*:

|   |  |  | kolom 1* | kolom 2* |
|---|--|--|----------|----------|
| 1 | een ambulante verzekerde van 2 jaar en ouder   | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 2<br><input type="checkbox"/> NEE |          | XO       |
| 2 | met spierdystrofie van Duchenne als gevolg van een nonsense-mutatie in het dystrofine-gen, vastgesteld door middel van genetisch onderzoek | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 3<br><input type="checkbox"/> NEE |          | XO       |
| 3 | voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.1, vijfde lid van het besluit zorgverzekering.                   | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE            | 06       | XO       |

\*: voor dit middel is voorwaardelijke toelating van toepassing: hierdoor kunt u maximaal voorschrijven tot de einddatum van de voorwaardelijke toelating. Zie aub [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#) | [Verzekerde zorg](#) | [Zorginstituut Nederland](#)

**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 apotheek 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 apotheekhoudende:

datum:

handtekening apotheekhoudende:

\*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 136** 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).

