

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apothek

Miglustat

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

VERSIE: 3.0
INGANGSDATUM: 01-03-2025
NUMMER: 126

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, een gespecialiseerde internist, neuroloog of kinderarts met kennis van en ervaring met de geregistreerde aandoening, schrijft miglustat voor ter behandeling van:

- | | | | | |
|----|---|--|----|----|
| 1. | een verzekerde met de ziekte van Niemann-Pick type C | <input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2 | 36 | |
| 2. | Of met de ziekte van Pompe voor gebruik in combinatie met cipaglicosidase alfa. | <input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> NEE | 36 | XZ |

kolom
1*kolom
2*

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:

*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 126** 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.

