

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

Natalizumab sc (Tysabri®)

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

VERSIE: 1.0
Ingangsdatum: 01-08-2023
NUMMER: 164

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
geboortedatum:
verzekernummer:
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND SPECIALIST

B Doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, behandelend specialist, schrijft dit middel voor, voor verzekerde met		kolom 1*	kolom 2*
1	zeer actieve relapsing-remitting multiple sclerose (RRMS) ondanks een volledige en adequate behandeling met ten minste 1 ziektemodificerende therapie (disease modifying therapy, DMT), of	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, Ga naar 2a	<input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> XO
2a	zich snel ontwikkelende ernstige RRMS (gedefinieerd door 2 of meer invaliderende relapses in één jaar) en met 1 of meer gadolinium aankleurende laesies op de MRI van de hersenen, of	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2b	<input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> XO
2b	zich snel ontwikkelende ernstige RRMS (gedefinieerd door 2 of meer invaliderende relapses in één jaar) en een significante toename van de lading van T2-laesies in vergelijking met een eerdere recente MRI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> XO

C HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:
praktijkadres:
telefoon:
datum:
handtekening arts:

IN TE VULLEN DOOR APOTHEKER

D

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:

datum:

handtekening apotheker:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nr. 164** 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.

