

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

OFATUMUMAB

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

VERSIE: 1.0
Ingangsdatum: 01-04-2022
NUMMER: 142

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 specialist, verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft,			kolom 1*	kolom 2*
1	met actieve relapsing multiple sclerose (RMS),	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/>
2	met voortdurende inflammatoire ziekte activiteit ondanks adequate behandeling met ten minste één ziektemodulerend geneesmiddel dat geregistreerd is voor de behandeling van MS, OF	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	behandel-naïeve patiënt met zeer actieve ziekte gedefinieerd door de aanwezigheid van twee of meer invaliderende relapses in één jaar, en	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/>
4	één of meer gadolinium aankleurende laesies en/of nieuwe T2-laesies en/of significant groter wordende T2-laesies (≥ 50 procent toename maximale diameter).	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

C HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

Deze artsverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEKER

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v. deze artsverklaring 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:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 142** 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.

