

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apothek

**RECOMBINANT  
VARICELLAZOSTERVACCIN  
Shingrix®****NB:** Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenvklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>VERSIE: 4.0  
INGANGSDATUM: 01-04-2025  
NUMMER: 131**A** VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiënetiket/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 recombinant varicellazostervaccin (Shingrix®) 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 06	
5	die geïnfecteerd is met het Humaan Immundeficiëntie Virus (HIV)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 6	<input checked="" type="checkbox"/> 06	
6	die behandeld wordt of gaat worden met een immunosuppressieve biological of Janus kinase (JAK)-remmer	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 06	<input checked="" type="checkbox"/> XO

**C** HANDTEKENING ARTS  
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenvklaring 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 artsenvklaring en de bijbehorende apothek instructie 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 131** 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).

