

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

RISDIPLAM

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

VERSIE: 2
Ingangsdatum: 01-04-2024
NUMMER: 160

A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

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

Ondergetekende, behandelend medisch specialist vanuit het landelijk expertisecentrum UMC Utrecht verklaart dat verzekerde voldoet aan de volgende voorwaarde:

- 1 tot en met 25 jaar oud (bij start van de behandeling) en met een klinische diagnose van 5q SMA type 1, type 2 of type 3, of
- 2 met een presymptomatische diagnose van 5q SMA en één tot en met vier kopieën van het SMN2-gen.

JA
 NEE, ga naar 2

JA,
 NEE

kolom
1*

12

12

kolom
2*

XO

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 apothekhouder verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apothekinstructie is:

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

AGB-code apothekhouder:

datum:

handtekening apothekhouder:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 160** 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.

