

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apothek

SOLRIAMFETOL

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

VERSIE: 3.0
Publicatiedatum: 01-11-2024
NUMMER: 156

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 medisch specialist heeft solriamfetol voorgeschreven aan een verzekerde		Kolom 1*	Kolom 2*
1	van 18 jaar of ouder <input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	voor de behandeling van overmatige slaperigheid overdag (EDS) en het verbeteren van de mate van wakker zijn bij patiënten met narcolepsie <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	<input checked="" type="checkbox"/> 12	
3	Ondergetekende is een gespecialiseerd arts in slaap-waakstoornissen en werkzaam in een SVNL-geaccrediteerd slaapcentrum <input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
4	en heeft solriamfetol voorgeschreven aan een verzekerde met de diagnose obstructief slaapapneusyndroom (OSA) die: - residuale klachten van overmatige slaperigheid overdag (EDS) heeft die behandeling behoeven ter verbetering van de mate van wakker zijn; - en optimale OSA-therapie ontvangt; - en bij wie andere oorzaken voor EDS zijn uitgesloten <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
5	Bij wie bij de start óf twaalf maanden na de start van de behandeling, is beoordeeld dat de inzet of continuering van solriamfetol (nog) gepast is <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 artsverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsverklaring 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 156** 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.

