

# ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## IVACAFTOR MET TEZACAFTOR EN ELEXACAFTOR

(i.c.m. een tablet ivacaftor 's avonds\*)

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

VERSIE: 6  
Ingangsdatum: 01-04-2025  
NUMMER: 138

### 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 in een landelijk erkend CF-centrum, schrijft 1 x daags de combinatie-tablet met ivacaftor / tezacaftor / elexacaftor en 1 x daags een tablet ivacaftor* voor ter behandeling van: |   |  | kolom 1* | kolom 2* |
|--|---|--|----------|----------|
| 1  | een verzekerde van 2 jaar of ouder,   | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 2<br><input type="checkbox"/> NEE |          | XO       |
| 2  | die de ziekte cystische fibrose (CF) heeft                                    | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 3<br><input type="checkbox"/> NEE |          | XO       |
| 3  | die tenminste één F508del mutatie heeft in het CFTR-gen.                      | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 4<br><input type="checkbox"/> NEE |          | XO       |
| 4  | een DNA-onderzoek heeft gehad waaruit bovenstaande genmutatie is vastgesteld. | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE            | 60       | XO       |

\*: Indien het gebruik van enkelvoudig ivacaftor naast combinaties van ivacaftor / tezacaftor / elexacaftor of ivacaftor / tezacaftor niet mogelijk is door leverfunctiestoornissen of interacties, dan kan enkelvoudig ivacaftor vergoedingstechnisch vervallen. Deze farmacotherapeutische keuze moet aantoonbaar zijn in het patiëntdossier.

### C HANDTEKENING ARTS zorg voor juiste, leesbare en g 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 138** 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).

