

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

ASFOTASE ALFA

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

VERSIE: 1.0  
INGANGSDATUM: 01-08-2019  
NUMMER: 119

VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:  
  
geboortedatum:  
  
verzekerdenummer:  
  
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 medisch specialist vanuit een expertise centrum voor stofwisselingsziekten, verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft: |                                                                                                 |                                                                        | kolom 1* | kolom 2* |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 1                                                                                                                                                                               | Lijdt aan hypofosfatasia,                                                                       | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 2<br><input type="checkbox"/> NEE |          | XO       |
| 2                                                                                                                                                                               | Bij wie de eerste symptomen zijn opgetreden in de baarmoeder of vóór de leeftijd van 6 maanden. | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE            | 36       | 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 apotheek houdende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v deze artsenverklaring 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 apotheekhoudende:  
  
datum:  
  
handtekening apotheekhoudende:



- 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 76 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- 2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan.
- 3. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl).

