

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

BARICITINIB en RITLECITINIB

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-12-2024
NUMMER: 181

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, dermatoloog, schrijft baricitinib of ritlecitinib voor ter behandeling van een verzekerde			kolom 1*	kolom 2*
1	met als hoofdindicatie de behandeling van ernstige alopecia areata (AA) bij wie: a. sprake is van een SALT (Severity of Alopecia Tool) score ≥ 50 én b. huidige episode en ziekte-ernst van AA korter is dan 8 jaar én c. de hergroei van haar onvoldoende is, ondanks de inzet van lokale middelen en ten minste één systemisch immunosuppressivum (methotrexaat, ciclosporine, prednison oraal of i.m.) in een adequate dosis voor een passende behandelduur, tenzij er aangetoonde contra-indicaties zijn voor of bijwerkingen zijn van deze middelen.	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	Voor het eerst start met de behandeling. De behandeling moet na 6 maanden worden geëvalueerd en bij onvoldoende werkzaamheid gestaakt worden overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn opgesteld.	☐ JA ☐ NEE, ga naar 3	06	
3	Die het middel 6 maanden of langer in gebruik heeft en na 6 maanden uit de evaluatie voldoende werkzaamheid blijkt overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn opgesteld.	☐ JA ☐ 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 181 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.

