

ARTSENVERKLARING		IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER				HANDTEKENING ARTS	
Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek		B doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.				C zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening	
CANNABIDIOL		Hier invullen: Ondergetekende, (kinder)neuroloog met ervaring in behandeling van epilepsie bij de syndromen Lennox Gastaut en Dravet of tubereuze sclerose complex, die cannabidiol voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde:				Deze artsenv verklaring is naar waarheid ingevuld	
NB: Uitsluitend de laatste versie van de artsenv verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op http://www.znformulieren.nl		1. dit geneesmiddel de afgelopen 6 maanden rechtmatig en aaneengesloten heeft gebruikt ten laste van de zorgverzekeraar		☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE, ga naar 2	kolom 1*	kolom 2*	naam:
VERSIE: 1 Ingangsdatum: 01-06-2025 NUMMER: 153		2. Uitsluitend voor een verzekerde van twee jaar en ouder, die dit middel gebruikt: a. als adjuvante therapie (clobazam) bij aanvallen die geassocieerd worden met het Lennox-Gastautsyndroom (LGS), b. als adjuvante therapie (clobazam) bij aanvallen die geassocieerd worden met het syndroom van Dravet (DS), of c. bij therapieresistente aanvallen die geassocieerd worden met tubereuze sclerose complex (TSC).		☐ JA ☐ NEE	6	XO	praktijkadres:
A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in		3. bij wie na 6 maanden gebruik van de onderhoudsdosering de aanvalsfrequentie met ten minste 30% is afgenomen ten opzichte van de periode voorafgaand aan de start van cannabidiol		☐ JA ☐ NEE	36	XO	telefoon:
naam: geboortedatum: verzekerdenummer: adres:							datum:
ruimte voor patiëntenetiket / ponsplaatje							handtekening arts:
							D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE
							De apothekhouder verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenv verklaring 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:
							* 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 153 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 .
							 © 2025 ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND