

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

GALCANEZUMAB, ATOGEPANT  
NB: er is een ander formulier voor  
fremanezumab en erenumab

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

VERSIE: 4.0  
INGANGSDATUM: 01-07-2026  
NUMMER: 133

VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens  
volledig in

naam:  
  
geboortedatum:  
  
verzekernummer:  
  
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS  
B  
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C',  
toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

| Hier invullen: Ondergetekende, neuroloog met aandachtsgebied hoofdpijn, die Galcanezumab of Atogepant voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | kolom 1*                                                                          | kolom 2* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1                                                                                                                                                            | dit geneesmiddel de afgelopen 12 maanden aaneengesloten heeft gebruikt ten laste van de zorgverzekeraar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 6<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2 |          |
| 2                                                                                                                                                            | lijdt aan chronische migraine (maandelijks minimaal 15 dagen hoofdpijn waarvan minimaal 8 dagen migraine) na uitsluiten of behandelen van medicatieovergebruikshoofdpijn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 3<br><input type="checkbox"/> NEE            | XO       |
| 3                                                                                                                                                            | én na falen van profylactische behandeling met (ongeacht de) volgorde topiramaat of valproaat en minimaal twee behandelingen met botulinetoxina A (6 maanden) volgens PREEMPT-protocol. (Tenzij het een verzekerde betreft met chronische migraine die op 17 september 2021 al in het kader van een managed access program met een CGRP-remmer werd behandeld.)                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 4<br><input type="checkbox"/> NEE            | XO       |
| 4                                                                                                                                                            | Daarbij geldt dat voldaan is aan het volgende: <ul style="list-style-type: none"><li>Alle behandelstappen dienen uitgevoerd te worden in adequate doseringen met een minimale behandelduur conform de geldende behandelrichtlijnen, voordat gestart mag worden met een CGRP-mAb.</li><li>De behandelstappen mogen alleen overgeslagen worden bij contra-indicaties en de behandelduur mag ingekort worden bij bijwerkingen.</li><li>Zowel de indicatiestelling, behandeling als het voorschrijven van CGRP-mAbs is voorbehouden aan (of onder de verantwoordelijkheid van) een neuroloog.</li></ul> | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5<br><input type="checkbox"/> NEE            | XO       |
| 5                                                                                                                                                            | én behandeld gaat worden overeenkomstig de start-stopcriteria zoals die voor de CGRP-remmers tot stand zijn gekomen (zie achterzijde formulier)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE                       | 12<br>XO |
| 6                                                                                                                                                            | in tenminste de helft van de afgelopen behandelmaanden het aantal maandelijkse migrainedagen met minimaal 30% is afgenomen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE                       | 36<br>XO |

HANDTEKENING ARTS  
C  
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

IN TE VULLEN DOOR  
APOTHEEKHOUDENDE  
D

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v deze artsenverklaring 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 apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nr 133 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).



## **Gepast gebruik afspraken CGRP-remmers chronische migraine (start- en stopcriteria)\***

1. De indicatiestelling voor de behandeling van chronische migraine met CGRP-remmers wordt gesteld door een neuroloog met aandachtsgebied hoofdpijn.
2. Overmatig gebruik van acute medicatie (aanvalsbehandeling), gedefinieerd volgens de ICHD-3 criteria, dient uitgesloten dan wel volgens de [NVN richtlijn](#) behandeld te zijn. Wanneer er ondanks een adequaat uitgevoerde onttrekking in het verleden geen conversie naar episodische migraine is geweest, dan hoeft er geen nieuwe onttrekking plaats te vinden voordat er met CGRP-remmers behandeld mag worden.
3. Behandelingen volgens de richtlijn met (in ieder geval) valproaat of topiramaat hebben gefaald of zijn gecontra-indiceerd. Onder falen zijn inbegrepen:
  - a. Onvoldoende verbetering ondanks adequate dosering en duur van de behandeling volgens de NVN richtlijn;
  - b. Onacceptabele bijwerkingen.
4. Falen van of contra-indicatie voor de behandeling met botulinetoxine-A volgens [PREEMPT protocol](#) (minimaal 2 aaneengesloten cycli van elk 3 maanden).
5. Het effect van de behandeling met CGRP-remmers wordt gemonitord door een neuroloog met aandachtsgebied hoofdpijn met behulp van een hoofdpijndagboek voorafgaand aan en gedurende de behandeling. De behandeling wordt gedurende de eerste 6 maanden 3-maandelijks geëvalueerd en nadien minimaal jaarlijks.
6. De behandeling wordt in samenspraak met de patiënt gestaakt indien:
  - a. Na 6 maanden er geen afname is van het aantal migrainedagen met minimaal 30% gedurende ten minste de helft van het aantal maanden óf de patiënt zelf aangeeft onvoldoende baat te hebben;
  - b. Er sprake is van onacceptabele bijwerkingen/veiligheidsrisico.

\* Criteria zoals bedoeld in de brief van het Zorginstituut van 17 september 2021 aan Staatssecretaris Blokhuis (referentie 2021017995)