

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

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

A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in

adres:

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C',
toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

1 Verzekerde is een patiënt met Duchenne musculaire dystrofie die onacceptabele bijwerkingen ervaart op predniso(lo)n en onder behandeling is in een expertisecentrum.

☐ *JA*

☐ *NEE*

36

XO

HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

handtekening arts:

**IN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE**

☐ a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar

☐ b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar

☐ c) NIET afgeleverd

handtekening apothekhoudende:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 187** 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.

