

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

FINERENON

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

VERSIE: 3.0
Publicatiedatum: 01-08-2024
NUMMER: 143

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Ondergetekende heeft finerenon voorgeschreven aan een verzekerde		Kolom 1*	Kolom 2*
1	van 18 jaar of ouder ☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	met diabetes mellitus type 2 ☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE		XO
3	en bij wie sprake is van chronische nierschade. ☐ 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 apothekhouder 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 apothekhouder:

datum:

handtekening apothekhouder::

- *
- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 143 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
 - Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

