

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

PEGCETACOPLAN en IPTACOPAN

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

VERSIE: 4.0
INGANGSDATUM: 01-05-2026
NUMMER: 157

VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Ondergetekende, internist hematoloog, heeft pegcetacoplan of Iptacopan voorgeschreven aan een verzekerde			kolom 1*	kolom 2*
1	Met paroxismale nachtelijke hemoglobininurie (PNH)	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	Die na behandeling gedurende ten minste 3 maanden met een C5-remmer* anemisch is met een hemoglobinewaarde <6,5mol/L.	☐ JA ☐ NEE, ga naar 3	24	
3	waarbij sprake is van een intolerantie voor een C5 remmer.	☐ JA ☐ NEE	24	XO

*: C5-remmers: ravulizumab en eculizumab

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 157 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.

