

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

RISDIPLAM

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

VERSIE: 3
Ingangsdatum: 01-07-2026
NUMMER: 160

VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER

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

Ondergetekende, behandelend medisch specialist vanuit een landelijk erkend centrum verklaart dat verzekerde voldoet aan de volgende voorwaarde:		kolom 1*	kolom 2*
1 van 2 maanden tot en met 25 jaar oud (bij start van de behandeling) en met een klinische diagnose van 5q SMA type 1, type 2 of type 3, of	☐ JA ☐ NEE, ga naar 2	36	
2 met een presymptomatische diagnose van 5q SMA en één tot en met vier kopieën van het SMN2-gen.	☐ JA, ☐ NEE, ga naar 3	36	
3 van 26 jaar of ouder (bij start van de behandeling) met een klinische diagnose van 5q SMA type 1, type 2 en type 3 die niet (meer) behandeld kan worden met nusinersen (zoals beoordeeld door het behandelteam van het expertisecentrum in het UMC Utrecht), en voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering*.	☐ JA ☐ NEE	36	XO

*: voor dit middel is voorwaardelijke toelating van toepassing op grond van artikel 2.1, vijfde lid van het Besluit zorgverzekering. Hierdoor kunt u maximaal voorschrijven tot de einddatum van deze voorwaardelijke toelating: 01-07-2033.. Zie ook [Voorwaardelijk toegelaten zorg](#) | [Verzekerde zorg](#) | [Zorginstituut Nederland](#)

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 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 nummer 160 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.

