

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

TAFAMIDIS,
ACORAMIDIS

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-08-2026
NUMMER: 78 & 193

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Ondergetekende medisch specialist heeft tafamidis, of acoramidis voorgeschreven aan een verzekerde volgens de gemaakte Gepast Gebruik-afspraken,			kolom 1*	kolom 2*
1	voor een verzekerde van achttien jaar of ouder,	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	die hiervoor onder behandeling is in of onder supervisie is van een expertisecentrum	☐ JA ☐ NEE	12	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 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 78, of 193 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.

