

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

TEZACAFITOR / IVACAFITOR
(in combinatie met monopreparaat
ivacaftor*)

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

VERSIE: 5
Ingangsdatum: 01-10-2024
NUMMER: 121

VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens
volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Hier invullen: Ondergetekende, behandelend medisch specialist vanuit een van de landelijk erkende CF-
centra, die tezacaftor/ivacaftor in combinatie met het monopreparaat ivacaftor* voorschrijft aan
verzekerde, verklaart dat verzekerde:

1	de ziekte cystische fibrose heeft,	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE	kolom 1*	kolom 2*
2	6 jaar of ouder is,	☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE		XO
3.	en homozygoot is voor de F508del-mutatie in het CFTR-gen óf heterozygoot is voor de F508del-mutatie en één van de volgende mutaties heeft in het CFTR-gen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A->G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G->A, 3272-26A->G en 3849+10kbC→T,	☐ JA, ga naar 4 ☐ NEE		XO
4.	DNA-onderzoek heeft gehad waaruit bovenstaande genmutatie is vastgesteld	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE		XO
5.	en tezacaftor/ivacaftor gebruikt in combinatie met het monopreparaat ivacaftor	☐ JA ☐ NEE	60	XO
* Indien het gebruik van enkelvoudig ivacaftor naast combinaties van ivacaftor / tezacaftor / elexacaftor of ivacaftor / tezacaftor niet mogelijk is door leverfunctiestoornissen of interacties, dan kan enkelvoudig ivacaftor vergoedingstechnisch vervallen. Deze farmacotherapeutische keuze moet aantoonbaar zijn in het patiëntdossier.				

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 ver-
goedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 121**
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.

