

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

IVACAFTOR MET TEZACAFTOR EN ELEXACAFTOR

(i.c.m. een tablet ivacaftor 's avonds*)

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

VERSIE: 6
Ingangsdatum: 01-04-2025
NUMMER: 138

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 in een landelijk erkend CF-centrum, schrijft 1 x daags de combinatietablet met ivacaftor / tezacaftor / elexacaftor en 1 x daags een tablet ivacaftor* voor ter behandeling van:			kolom 1*	kolom 2*
1	een verzekerde van 2 jaar of ouder,	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	die de ziekte cystische fibrose (CF) heeft	☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE		XO
3	die tenminste één F508del mutatie heeft in het CFTR-gen.	☐ JA, ga naar 4 ☐ NEE		XO
4	een DNA-onderzoek heeft gehad waaruit bovenstaande genmutatie is vastgesteld.	☐ 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 g
handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D

IN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE

De apotheekhoudende 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 138** 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.

