

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

TEZEPELUMAB

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

VERSIE: 3.0
INGANGSDATUM: 01-05-2025
NUMMER: 175

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, behandelend longarts, schrijft tezepelumab voor ter behandeling van een verzekerde			kolom 1*	kolom 2*
1.	die een therapie start met tezepelumab ten laste van de extramurale farmaceutische zorg en ten minste 6 maanden succesvol met tezepelumab in het ziekenhuis is behandeld.	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE, ga naar 4		
2.	Verzekerde tezepelumab gebruikt als aanvullende onderhoudsbehandeling bij ernstig eosinofiel astma, ernstig IgE-gemedieerd astma, ernstig bewezen type 2 astma of ernstig niet bewezen type 2 astma dat onvoldoende onder controle is, ondanks hoog gedoseerde inhalatiecorticosteroïden en in combinatie met een ander geneesmiddel als onderhoudsbehandeling.	☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE		XO
3.	In een MDO in een kennis- en behandelcentrum óf in een regionaal MDO mét de artsen van een kennis- en behandelcentrum de verzekerde is besproken en toen is vastgesteld dat behandeling met tezepelumab bij deze verzekerde op grond van de vigerende NVALT-richtlijn 'Diagnose en behandeling van ernstig astma' gerechtvaardigd is.	☐ JA ☐ NEE	36	XO
4.	Verzekerde tezepelumab gedurende 36 maanden ten laste van de extramurale farmaceutische zorg heeft gebruikt en in het laatste jaar van de behandeling in een MDO in een kennis- en behandelcentrum óf in een regionaal MDO mét de artsen van een kennis- en behandelcentrum is vastgesteld dat verzekerde nog steeds op de behandeling met tezepelumab is aangewezen op grond van de vigerende NVALT-richtlijn 'Diagnose en behandeling van ernstig astma'.	☐ JA ☐ NEE	36	XO

C
HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

IN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE
D

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 175 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.

