

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

Zilucoplan en Rozanolixizumab

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-07-2025
NUMMER: 184

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

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 arts, werkzaam in een academisch centrum, schrijft
zilucoplan of rozanolixizumab uitsluitend voor ter behandeling van een
verzekerde

			kolom 1*	kolom 2*
1	met gegeneraliseerde myasthenia gravis (gMG)	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	na goedkeuring door de indicatiecommissie voor gegeneraliseerde myasthenia gravis (gMG)	☐ 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:

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 ver-
goedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 184
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.

