

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

BENRALIZUMAB

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

VERSIE: 2.0
 INGANGSDATUM: 01-08-2025
 NUMMER: 179

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 schrijft benralizumab voor ter behandeling van een verzekerde

			kolom 1*	kolom 2*
1	die 18 jaar of ouder is	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2	als aanvullende onderhoudsbehandeling bij patiënten met ernstig eosinofiel astma dat onvoldoende onder controle is, ondanks behandeling met hoog gedoseerde inhalatiecorticosteroiden en langwerkende β -agonisten.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3		
3	als aanvullende behandeling bij patiënten met recidiverende of refractaire eosinofiele granulomatose met polyangiitis (EGPA). De behandeling dient plaats te vinden op voorschrift van een erkend expertisecentrum voor vasculitis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE		XO
4	en die ten minste de eerste 6 maanden in het ziekenhuis met dit middel is behandeld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 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:

*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 179** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

