

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

FENFLURAMINE

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

VERSIE: 1
 Ingangsdatum: 01-06-2025
 NUMMER: 172

A 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.

Hier invullen: Ondergetekende, (kinder)neuroloog met ervaring in behandeling van epilepsie bij de syndromen Lennox Gastaut en Dravet, die fenfluramine voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde:

		kolom 1*	kolom 2*
1. dit geneesmiddel de afgelopen 6 maanden rechtmatig en aaneengesloten heeft gebruikt ten laste van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2		
2. 2 jaar of ouder is en fenfluramine gebruikt als adjuvante therapie bij aanvallen die geassocieerd worden met het Lennox-Gastautsyndroom (LGS) of het syndroom van Dravet (DS)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	66	XO
3. bij wie na 6 maanden gebruik van de onderhoudsdosering de aanvalsfrequentie met ten minste 30% is afgenomen ten opzichte van de periode voorafgaand aan de start van fenfluramine	<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 apothekhoudende 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 apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 172** 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.

