

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

Teduglutide

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

VERSIE: 2.0
 INGANGSDATUM: 01-02-2026
 NUMMER: 186

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, behandelend medisch specialist schrijft teduglutide voor ter behandeling van*:

		kolom 1*	kolom 2*
1	een verzekerde met kortedarmsyndroom, waarbij natuurlijke adaptatie zoveel mogelijk is uitgesloten (conform startcriteria van de beroepsgroep). Voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in artikel 2.2, vijfde lid van het Besluit zorgverzekering	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2a <input type="checkbox"/> NEE	XO
2a	Verzekerde is 18 jaar en ouder met; <ul style="list-style-type: none"> inflammatory bowel disease (IBD) als oorzaak van de darmresectie en die minstens 3x per week afhankelijk is van totaal parenterale voeding gedurende tenminste 12 maanden, óf een parenteraal voedingsvolume groter dan 14 liter/week gedurende tenminste 12 maanden bij start van de behandeling. 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2b	VT*
2b	Verzekerde is 6 maanden tot 18 jaar; <ul style="list-style-type: none"> en tenminste voor 30% van zijn calorische en/of vloeistof- en elektrolytenbehoefte afhankelijk van parenterale ondersteuning bij start van de behandeling. 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	VT* XO

*Voor dit middel is voorwaardelijke toelating van toepassing tot 01-04-2030. Hierdoor kunt u maximaal voorschrijven tot de einddatum van de voorwaardelijke toelating. Dit is ook de einddatum van de geldigheid van deze artsenverklaring. Zie [Voorwaardelijk toegelaten zorg | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

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:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 186** 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.

