

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

VUTRISIRAN

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-08-2026
NUMMER: 188

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 heeft vutrisiran voorgeschreven aan een verzekerde volgens de gemaakte Gepast Gebruik-afspraken,

1 voor een verzekerde van achttien jaar of ouder

☐ JA, ga naar 2
☐ NEE

kolom 1*

kolom 2*

XO

2 die hiervoor onder behandeling is in of onder supervisie is van een expertisecentrum

☐ JA, ga naar 3
☐ NEE

XO

3 Met wild-type of erfelijke transthyretine-amyloidose met cardiomyopathie én NYHA klasse I-II.

☐ JA
☐ NEE

12

XO

C

HANDEKENING 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 vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer, 188 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.

