

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

ERYTROPOETINE BETA

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-09-2009
NUMMER: 027-5

A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
geboortedatum:
verzekernummer:
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND MEDISCH SPECIALIST

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

| Ondergetekende, medisch specialist, heeft erythropoëtine beta voorgeschreven | kolom 1* | kolom 2* |
|--|----------|----------|
| 1 voor een indicatie waarvoor het geneesmiddel krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is geregistreerd (Let op: de methoxypolyethyleenglycol-variant is alleen geregistreerd ter behandeling van renale anemie bij volwassenen), te weten: | | |
| 1a ter behandeling van renale anemie bij dialysepatiënten <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 1b | | XZ |
| 1b ter behandeling van symptomatische renale anemie bij predialysepatiënten <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 1c | 12 | |
| 1c preventie van anemie bij prematuren met een geboortegewicht van 750 tot 1500 gram en een zwangerschapsduur van minder dan 34 weken <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 1d | 02 | |
| 1d behandeling van symptomatische anemie bij volwassen patiënten met solide tumoren die behandeld worden met chemotherapie <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 1e | 06 | |
| 1e behandeling van symptomatische anemie bij volwassen met multipel myeloom, laaggradig non-Hodgkin-lymfoom of chron. lymfatische leukemie, die een relatieve erythropoëtine-deficiëntie hebben en die anti-tumor therapie krijgen <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 1f | 06 | |
| 1f ter vermeerdering van de opbrengst van autoloog bloed bij patiënten in een predonatieprogramma (alleen in geval van matige anemie [Hb 6,2-8,1; geen Fe-gebrek]) indien bloedconserveren-de procedures niet beschikbaar (of onvoldoende) zijn wanneer de geplande grote heekundige ingreep een grote hoeveelheid bloed vereist <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2 | 01 | |
| 2 voor een niet-geregistreerde indicatie, te weten: | | |
| 2a bij myelodysplastisch syndroom (MDS) <input type="checkbox"/> JA, ga naar 2b <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2c | | |
| 2b bij myelodysplastisch syndroom (MDS) type RA, RARS of RAEB <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ander type | 06 | XO |
| 2c bij reumatoïde artritis <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2d | | XO |
| 2d bij anemie bij HIV infectie <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie* | | XO 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 APOTHEEK

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:
datum:
handtekening:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 27 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.
4. Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op www.znformulieren.nl.

Zorgverzekeraars Nederland

