

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

KOLONIESTIMULERENDE  
FAKTOR G-CSF

**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: 011

**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 aan deze verzekerde koloniestimulerende faktor G-CSF voorgeschreven:		kolom 1*	kolom 2*
1	ter mobilisatie van perifere bloedvoorlopercellen in het kader van stamceltransplantatie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2	XZ
2	voor een andere indicatie waarvoor het geneesmiddel krachtens de Geneesmiddelenwet is geregistreerd, te weten: - ter reductie van de duur van neutropenie en van de incidentie van febrile neutropenie, bij behandeling met gangbare cytotoxische chemotherapeutica van niet-myeloïde maligniteiten, - ter reductie van de duur van neutropenie bij myeloablatieve behandeling gevolgd door beenmergtransplantatie, indien een verhoogd risico van langdurige ernstige neutropenie wordt verondersteld, - behandeling van aanhoudende neutropenie ( $ANC \leq 1 \times 10^9/l$ ) bij HIV-infectie in een vergevorderd stadium, indien andere opties om neutropenie te behandelen ongeschikt zijn, - langdurige toepassing bij congenitale, cyclische of idiopathische neutropenie met een $ANC \leq 0,5 \times 10^9/l$ en met ernstige of recidiverende infecties in de anamnese,		XO
2a	EN waarbij verzekerde wordt behandeld met cytostatica voor een kwaadaardige aandoening	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2b	06
2b	EN waarbij verzekerde wordt behandeld met ganciclovir voor een cytomegalovirus retinitis als gevolg van AIDS	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	∞
3	ter behandeling van een ernstige congenitale, cyclische of idiopathische neutropenie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	∞
4	ter behandeling van agranulocytose ten gevolge van geneesmiddelenbehandeling	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5	02
5	ter behandeling van myelodysplastisch syndroom (MDS)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 6 <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie*	XO
6	type RA, RARS of RAEB	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ander type	06 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 11** 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](http://www.znformulieren.nl).
4. Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl).

Zorgverzekeraars Nederland

