ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

INFLIXIMAB 2
Ongeregistreerde indicaties

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen)verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar.

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR OOGARTS, DERMATOLOOG, INTERNIST OF LONGARTS

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

Ondergetekende, behandelend oogarts (2), dermatoloog (3), internist (2,3,4) of longarts (4), verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft:		**kolom 1***	**kolom 2***
1 het middel toegediend krijgt in de thuissituatie (dus niet in een instelling)	☐ *JA, gaan naar 2a* ☐ *NEE*		XZ
2a vanwege ernstige visusbedreigende uveitis	☐ *JA, ga naar 2b* ☐ *NEE, ga naar 3a*		
2b met onvoldoende respons op conventionele behandeling, waaronder systemische ontstekingsremmende en immunosuppressieve behandeling met ten minste 2 middelen	☐ *JA* ☐ *NEE*	∞	XO
3a vanwege ernstige hidradenitis suppurativa	☐ *JA, ga naar 3b* ☐ *NEE, ga naar 4a*		
3b met onvoldoende respons op conventionele behandeling, waaronder systemische behandeling met ten minste 1 antibioticum en ten minste 1 immunosuppressivum	☐ *JA* ☐ *NEE*	∞	XO
4a vanwege ernstige sarcoïdose	☐ *JA, ga naar 4b* ☐ *NEE, andere indicatie**		XO
4b met onvoldoende respons op conventionele behandeling, waaronder ten minste 2 immunosuppressiva	☐ *JA* ☐ *NEE*	∞	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 apotheek-instructie:

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

AGB code apotheek:

datum:

handtekening:

*

1. Voor indicaties eindigend in kolom 1 heeft het Cvz een positief vergoedingsadvies gegeven.
2. Voor indicaties eindigend in kolom 2 is dit **niet** het geval.