

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

TERIPARATIDE EN
PARATHYROID HORMOON

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: 01-02-2010
NUMMER: 036

A 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		kolom 1*	kolom 2*
1a is internist of reumatoloog	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 1b		
1b is medisch specialist en werkzaam in het kader van een osteoporose-, val- of fractuurpoli	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2 deze verzekerde is een vrouw met ernstige postmenopauzale osteoporose	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		XO
3 verzekerde kan bifosfonaten, raloxifeen, bazedoxifen en strontiumranelaat niet gebruiken	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4a	24	
4a verzekerde wordt behandeld met bifosfonaten, raloxifeen, bazedoxifen of strontiumranelaat	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4b <input type="checkbox"/> NEE		XO
4b en heeft ondanks deze behandeling na twee wervelfracturen opnieuw één of meer fracturen gekregen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	24	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 36** 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

