

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

SOMATROPINE voor volwassenen

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

VERSIE: 2.1
INGANGSDATUM: 10-03-2010
NUMMER: 007-2

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR INTERNIST-ENDOCRINOLOOG

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

Ondergetekende, internist-endocrinoloog, schrijft somatropine voor

		kolom 1*	kolom 2*
1	ter behandeling van een symptomatische somatropinedeficiëntie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE, NIET symptomatisch <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie	<input checked="" type="checkbox"/> XO <input checked="" type="checkbox"/> XO
2	de groeischijven zijn gesloten	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
3	de verzekerde is reeds op kinderleeftijd behandeld met somatropine	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 6	
4	er is sprake van panhypopituitarisme met aangetoonde organische oorzaak	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5	<input checked="" type="checkbox"/> ∞
5	de behandeling met somatropine is voorafgaand aan deze verklaring gedurende ten minste 3 maanden gestaakt	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 6 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
6	de somatropinedeficiëntie is aangetoond door middel van bepaling van IGF-1 in serum	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 7 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
7	daarbij is de IGF-1-waarde kleiner dan 2 standaarddeviaties onder het gemiddelde	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 8 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 9	
8	er is sprake van uitval van ten minste 2 andere hypofysevoorkwabhormonen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 9	<input checked="" type="checkbox"/> ∞
9	er is een groeihormoonpiekconcentratie bepaald bij een lege artis uitgevoerde insuline tolerantie test (ITT)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 10 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 11	
10	daarbij is de hoogst gemeten groeihormoonconcentratie ≤ 9 mE/L	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> ∞ <input checked="" type="checkbox"/> XO
11	er is een gecombineerde GHRH/arginine test uitgevoerd	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 12 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
12	daarbij is de hoogst gemeten groeihormoonconcentratie < 18 mE/L	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> ∞ <input checked="" type="checkbox"/> 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 7** 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

