

## LENALIDOMIDE



versie: 1.4.6

datum: 13 - 02 - 2008

nummer: 051

## Verzekerdegegevens

vul gevraagde gegevens volledig in

A

naam:		ruimte voor ponsplaatje
geboortedatum:		
verzekerdenummer:		
adres:		

## In te vullen door de voorschrijvend internist-hematoloog

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

B

Ondergetekende, internist-hematoloog, heeft aan bovengenoemde verzekerde lenalidomide voorgeschreven:

		kolom 1*	kolom 2*
1	conform het advies van het regionale expertisecentrum	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	X0
2	ter behandeling van progressief multipel myeloom	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie*	X0
3	EN er heeft nog minstens één andere specifieke behandeling (VAD, thalidomide, stamceltherapie e.d.) voor multipel myeloom plaatsgehad	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE	X0
4	EN een behandeling met bortezomib is medisch niet of niet langer toepasbaar	<input type="checkbox"/> JA, niet langer toepasbaar <input type="checkbox"/> NEE	∞ X0

- \* 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in punt 53 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).

## Ondertekening arts

zorg voor juiste, leesbare en gedateerde ondertekening

C

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld.

naam:		datum:	
praktijkadres:		handtekening arts:	
telefoon:			

## In te vullen door apotheek

D

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v. bovenstaande 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:	