

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## BEMPEDOÏNEZUUR

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

VERSIE: 4.0  
INGANGSDATUM: 01-12-2024  
NUMMER: 159

**A** VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

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, cardioloog of internist schrijft bempedoïnezuur voor;		kolom 1*	kolom 2*
1	uitsluitend voor een verzekerde met niet-familiaire hypercholesterolemie of gemengde dyslipidemie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	met een (zeer) hoog cardiovasculair risico	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
3	indien een maximaal verdraagbare statine in combinatie met ezetimib niet de <b>behandeldoelstelling</b> bereikt overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard;	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
4	en de patiënt <b>niet</b> in aanmerking komt voor behandeling met een PCSK9 remmer	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
5	in combinatie met een statine als ezetimib in een dagelijkse dosering	<input type="checkbox"/> JA, invullen klaar <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 6	<input checked="" type="checkbox"/> 36
6	in een <b>dagelijkse</b> dosering in combinatie met alleen ezetimib indien er sprake is van gedocumenteerde statine-intolerantie: statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022).	<input type="checkbox"/> JA, invullen klaar <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 7	<input checked="" type="checkbox"/> 36
7	in combinatie met enkel statine indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib	<input type="checkbox"/> JA, invullen klaar <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 8	<input checked="" type="checkbox"/> 36
8	als monotherapie indien zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022)	<input type="checkbox"/> JA, invullen klaar <input type="checkbox"/> NEE	<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 APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:

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

AGB-code apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 159** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl).

