

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

BEMPEDOÏNE-
ZUUR/EZETIMIB

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-12-2024
NUMMER: 174

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 mét ezetimib 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 behandeldoelstelling 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 niet 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 in een dagelijkse dosering	<input type="checkbox"/> JA, invullen klaar <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 6	<input checked="" type="checkbox"/> 36
6	Als monotherapie 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	<input checked="" type="checkbox"/> 36 <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 174** 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.

