

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## INCLISIRAN

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

VERSIE: 9.0  
INGANGSDATUM: 01-12-2024  
NUMMER: 110

### 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 of kinderarts 'metabole ziekten', heeft inclisiran voorgeschreven aan deze verzekerde:		kolom 1*	kolom 2*
1	met hypercholesterolemie die bij behandeling met maximaal verdraagbare statine en in combinatie met ezetimib niet de behandeldoelstelling bereikt in overeenstemming met de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<b>XO</b>
2	en met voldoende hoog risico voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• een heterozygote familiale hypercholesterolemie patiënt, óf</li> <li>• een patiënt met een doorgemaakt cardiovasculair event én een recidief cardiovasculair event, óf</li> <li>• een patiënt met diabetes mellitus type 2 én een doorgemaakt cardiovasculair event, óf</li> <li>• een patiënt met een doorgemaakt cardiovasculair event én echte statine intolerantie die is vastgesteld en gedocumenteerd</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	<b>XO</b>
3	in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering, óf</li> <li>• in combinatie met enkel ezetimib; er is sprake van gedocumenteerde statine intolerantie: statine-geassocieerde spierpijn voor ten minste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36:1012-22), óf</li> <li>• in combinatie met enkel statine indien er sprake is van contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<b>36</b>
4	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 <input type="checkbox"/> NEE	<b>36</b> <b>XO</b>

**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-  
HOUDENDE

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::



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 110** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
2. 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).

