

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## EVOLOCUMAB

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

VERSIE: 3.0  
INGANGSDATUM: 01-06-2019  
NUMMER: 106

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

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

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 evolocumab voorgeschreven aan deze verzekerde:		kolom 1*	kolom 2*
1	met hypercholesterolemie die bij behandeling met maximaal verdraagbare statine en in combinatie met ezetimibe 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	<input checked="" type="checkbox"/> X0
2	en met voldoende hoog risico:	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2a, <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> X0
2a	homozygote familiale hypercholesterolemie die niet LDL-receptor negatief is	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2b,	
2b	heterozygote familiale hypercholesterolemie patiënt	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2c,	
2c	patiënt met een doorgemaakt cardiovasculair event én een recidief cardiovasculair event	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2d,	
2d	patiënt met diabetes mellitus type 2 én een doorgemaakt cardiovasculair event	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2e	
2e	patiënt met een doorgemaakt cardiovasculair event én echte statine-intolerantie die is vastgesteld en gedocumenteerd	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4, <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> X0
3	in combinatie met zowel statine als ezetimibe	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4,	<input checked="" type="checkbox"/> 36
4	in combinatie met enkel ezetimibe: er is sprake 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; 36:1012-22)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> X0

**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 apotheekhoudende 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 apotheekhoudende:

datum:

handtekening apotheekhoudende:

\*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 106** 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).

