

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

DAPAGLIFLOZINE

(Chronische nierschade, hartfalen of diabetes mellitus type 2 met zeer hoog risico* op hart- en vaatziekten)

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

VERSIE: 6
 INGANGSDATUM: 01-08-2022
 NUMMER: 130

A VERZEKERDEGEGEVENS
 vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS
 doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, huisarts, cardioloog of (vasculair) internist, schrijft dapagliflozine aan deze verzekerde voor ter behandeling van:			kolom 1*	kolom 2*
1	Voor de indicatie Diabetes Mellitus type 2 <u>zonder</u> een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten* --> ga naar de apotheekinstructie**, er is geen artsverklaring nodig, zie ook de flowchart ter verduidelijking.	<input type="checkbox"/> NEE, mét zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, ga naar 2		
2	Een verzekerde van 18 jaar of ouder,	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Met diabetes mellitus type 2 en eerder bewezen hart- en vaatziekten,	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Met chronische nierschade,	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	met symptomatisch (NYHA II-IV) chronisch hartfalen met een verminderde ejectiefractie (LVEF <40%).	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*: een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten is gedefinieerd als: 'eerder bewezen hart- en vaatziekten'

**: de genoemde apotheekinstructie betreft: 'dapagliflozine voor indicatie Diabetes Mellitus'

C HANDTEKENING ARTS
 zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsverklaring 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 artsverklaring 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 nr 130 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.



