

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

**GLP-1-AGONISTEN:
EXENATIDE, DULAGLUTIDE,
SEMAGLUTIDE, LIRAGLUTIDE
in combinatie met insuline**

(losse en vaste combinaties)

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>VERSIE: 2
Publicatiedatum: 11-07-2022
NUMMER: 58B, 112, 141B, 146B**A** VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens
volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B

IN TE VULLEN DOOR DE INTERNIST, CARDIOLOOG OF HUISARTS

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C',
toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, behandelend internist, cardioloog (in afstemming met de internist over de diabetesinstelling) of huisarts, verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft,		kolom 1*	kolom 2*
1	lijdt aan diabetes mellitus type 2	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	een BMI heeft/had van 30 kg/m ² of hoger.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	
3	en diens bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd na ≥ 3 maanden behandeling met optimaal getitreerd basaal insuline, in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonyleureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<input checked="" type="checkbox"/> 36 <input checked="" type="checkbox"/> XO
4.	De GLP-1 gebruikt als toevoeging aan een SGLT-2 remmer en metformine én een zeer hoog risico heeft op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de vigerende NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2)*	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5	<input checked="" type="checkbox"/> 36 <input checked="" type="checkbox"/> XO
5.	De GLP-1 gebruikt vanwege een contra-indicatie voor een SGLT-2 remmer, toegevoegd aan de standaard behandeling én een zeer hoog risico heeft op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de vigerende NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2)*	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 36 <input checked="" type="checkbox"/> XO

*: voor de voorwaarden 4 & 5 geldt geen BMI-limiet**C**HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

DIN 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 58B, 112, 141B en 146B** 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.