

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

BEMPEDOÏNEZUUR

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-07-2023
NUMMER: 159

A VERZEKERDEGEGEVENS
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 schrijft bempedoïnezuur 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 zowel een statine als ezetimib in een dagelijkse dosering	<input type="checkbox"/> JA, invullen klaar <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 6	<input checked="" type="checkbox"/> 36	
6	in combinatie met enkel ezetimib in een dagelijkse dosering 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 APOTHEEK-
HOUDENDE

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 159** 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.

