

## 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 <sup>2</sup> 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 $\geq 3$ 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
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
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:

**D** IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK-  
HOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apothekinstructie 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:



- 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](http://www.znformulieren.nl).

