

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

GLP-1-AGONIST
LIXISENATIDE

Niet in combinatie met insuline

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

VERSIE: 5
Ingangsdatum: 30-04-2026
NUMMER: 85

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens
volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE INTERNIST OF HUISARTS

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

Ondergetekende, behandelend internist 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	bij starten met dit middel een BMI heeft/had van 30 kg/m ² of hoger	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
3	insuline gebruikt <i>(voor de combinatie met insuline dient het formulier "Combinatie van basale insuline en een GLP-1-Agonist" te worden ingevuld)</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<input checked="" type="checkbox"/> XO
4	een combinatie van metformine en een sulfonyleureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen* gebruikt(e)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
5	en diens bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonyleureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen* en **.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO

*: Metformine en het sulfonyleureumderivaat dienen in de maximaal verdraagbare dosering gebruikt te worden. Bij een intolerantie kan de maximaal verdraagbare dosering dus 0 mg zijn. In dat geval moet het middel wel zijn geprobeerd in het verleden.

** Geen vergoeding als er ook andere glucoseverlagende middelen gebruikt worden (bolusinsuline, DPP4-remmers etc). Zie ook de [flowchart ZN diabetes](#) op onze website.

C HANDEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

Deze artsenv verklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEKER

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenv verklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:

datum:

handtekening apotheker:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 85** 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.

