

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

ICOSAPENT-ETHYL

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

VERSIE: 1.0
INGANGSDATUM: 01-09-2023
NUMMER: 165

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 icosapent-ethyl voor aan deze verzekerde			kolom 1*	kolom 2*
1	met een vastgestelde cardiovasculaire aandoening	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2a	die met een statine wordt behandeld	<input type="checkbox"/> JA ga naar 2b <input type="checkbox"/> NEE		XO
2b	met verhoogde triglyceriden (tenminste 1,7 en ten hoogste 5,6 mmol/l).	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	36	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 apothekhoudende 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 apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 165** 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.

