

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

EMPAGLIFLOZINE

(Hartfalen of diabetes mellitus type 2 met zeer hoog risico op hart- en vaatziekten)

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

VERSIE: 5
INGANGSDATUM: 01-12-2021
NUMMER: 86

A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëtenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

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

Ondergetekende, huisarts, cardioloog of (vasculair) internist, schrijft empagliflozine aan deze verzekerde voor ter behandeling van:			kolom 1*	kolom 2*
1	De indicatie Diabetes Mellitus type 2 (zonder een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten*) -> ga naar de apotheekinstructie, er is geen artsverklaring nodig.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2		
2	Een verzekerde van 18 jaar of ouder,	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		XO
3	Met diabetes mellitus type 2 en eerder bewezen hart- en vaatziekten,	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	36	
4	Met diabetes mellitus type 2 en chronische nierschade: <ul style="list-style-type: none"> - eGFR 30-44 ml/min per 1,73m² zonder albuminurie - eGFR 30-59 ml/min per 1,73m² met matig verhoogde albuminurie (ACR> 3mg/mmol) of - eGFR ≥ 60 ml/min per 1,73m² met ernstig verhoogde albuminurie (ACR> 30 mg/mmol). 	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5	36	
5	Met symptomatisch (NYHA II-IV) chronisch hartfalen met een verminderde ejectiefractie (LVEF <40%)	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE	36	XO

*Een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten is gedefinieerd als:

- Eerder bewezen hart- en vaatziekten; en/of
- Chronische nierschade met
 - eGFR 30-44 ml/min per 1,73m² zonder albuminurie of
 - eGFR 30-59 ml/min per 1,73m² met matig verhoogde albuminurie (ACR> 3 mg/mmol) of
 - eGFR ≥ 60 ml/min per 1,73m² met ernstig verhoogde albuminurie (ACR>30 mg/mmol).

C HANDTEKENING ARTS

zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsverklaring 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:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nr 86** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
3. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

