

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

DAPAGLIFLOZINE

(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: 4
INGANGSDATUM: 01-11-2021
NUMMER: 130

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/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 dapagliflozine 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* OF hartfalen)-> 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
 - 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 apotheekhoudende 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 apotheekhoudende:

datum:

handtekening apotheekhoudende:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nr 130 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.

