

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

EMPAGLIFLOZINE

(Chronische nierschade, 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: 7
INGANGSDATUM: 01-02-2024
NUMMER: 86

VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

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	Met symptomatisch (NYHA II-IV) chronisch hartfalen	☐ JA, ga naar 4 ☐ NEE, ga naar 2		
2	Met chronische nierschade	☐ JA, ga naar 4 ☐ NEE, ga naar 3		
3	Met diabetes mellitus type 2 en eerder bewezen hart- en vaatziekten	☐ JA, ga naar 4 ☐ NEE, ga naar 5		
4	Een verzekerde van 18 jaar of ouder	☐ JA, ☐ NEE, ga naar 5	36	
5	Met diabetes mellitus type 2 zonder een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten*	☐ JA, ga naar 6 ☐ NEE	XO	
6	In combinatie met insuline (basaal en bolus)? Zie ook de flowchart ter verduidelijking	☐ JA ☐ NEE, vraag 7	XO	
7	In combinatie met metformine**? Zie ook de flowchart ter verduidelijking	☐ JA ☐ NEE, vraag 8	36	
8	In combinatie met metformine + sulfonylureumderivaat**? Zie ook de flowchart ter verduidelijking	☐ JA ☐ NEE	36	XO

*Een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten is gedefinieerd als eerder bewezen hart- en vaatziekten;

**Metformine en/of het sulfonylureumderivaat 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.

HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

IN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE

De apotheekehoudende 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 apotheekehoudende:

datum:

handtekening apotheekehoudende:



- 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.

