

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

ALIROCUMAB

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

VERSIE: 5.0
INGANGSDATUM: 01-02-2026
NUMMER: 166

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

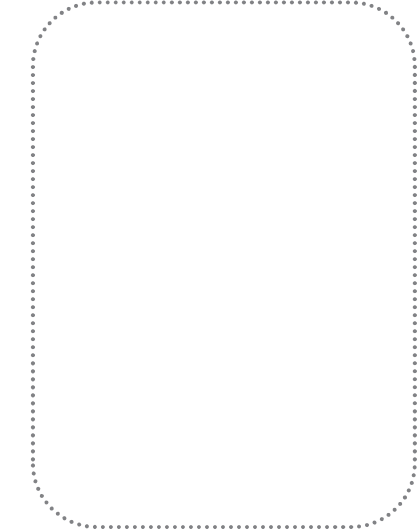
naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

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 of kinderarts 'metabole ziekten', bij de start en/of vervolg artsenverklaring na 3 jaar; - huisarts bij de vervolg artsenverklaring na 3 jaar e.v. als de behandeling in de eerstelijnszorg wordt voortgezet*, verklaart alirocumab te hebben voorgeschreven aan deze verzekerde:			kolom 1*	kolom 2*
1	met hypercholesterolemie die bij behandeling met maximaal verdraagbare orale lipiden-verlagende therapie van een statine en ezetimib niet de LDL-C streefwaarde bereikt con-form de vigerende cardiovasculair risico management (CVRM)-richtlijn	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		☒ XO
2	en met voldoende hoog risico voor: - Een heterozygote familiale hypercholesterolemie óf - een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart-en-vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn	☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE		☒ XO
3	in combinatie met: - met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering óf - met enkel ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering indien er sprake is van gedocumenteerde statine-intolerantie** óf - met enkel statine indien er sprake is van een contra-indicatie of gedocumen-teerde intolerantie** voor ezetimib	☐ JA ☐ NEE, ga naar 4	☒ 36	
4	als monotherapie indien: zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie*.	☐ JA ☐ NEE	☒ 36	☒ XO

* Na eerste artsenverklaring ingevuld en ondertekend door betreffende specialist, mag na 3 jaar een huisarts een vervolg-artsen-verklaring invullen en ondertekenen en kunnen vervolguitschijfjes op basis van een herhaalrecept door de huisarts plaatsvinden.

** Er is sprake van een ezetimib intolerantie (maximaal verdraagbare dosering is 0 mg) indien na minstens 4 weken onoverkomelijke bijwerkingen van ezetimib blijven bestaan. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor ten minste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022)

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 voorge-schreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverkla-ring en de bijbehorende apothekinstructie is:
☐ a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
☐ b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverze-
keraar
☐ c) NIET afgeleverd

AGB-code apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de ver-goedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 166 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.

