

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

GLP-1-AGONISTEN:
EXENATIDE, DULAGLUTIDE,
SEMAGLUTIDE, LIRAGLUTIDE
en TIRZEPATIDE

Niet in combinatie met insuline

NB: Uitsluitend de laatste versie van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 5
Ingangsdatum: 01-05-2026
NUMMER: 58 1&3, 141 1&4, 146 1&3 en 194

VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

IN TE VULLEN DOOR DE INTERNIST, CARDIOLOOG OF HUISARTS
B doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, behandelend internist, cardioloog (in afstemming met de internist over de diabetesinstelling) of huisarts, verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft,			kolom 1*	kolom 2*
1	lijdt aan diabetes mellitus type 2	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		XO
2	bij starten met dit middel een BMI heeft/had van 30 kg/m² of hoger	☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE, ga naar 6		
3	insuline gebruikt *	☐ JA ☐ NEE, ga naar 4		XO*
4	een combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen gebruikt(e)**	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE, ga naar 6		
5	en diens bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd met de combinatie van metformine en een sulfonylureumderivaat in de maximaal verdraagbare doseringen**	☐ JA ☐ NEE, ga naar 6	36	
6.	De GLP-1 gebruikt als toevoeging aan een SGLT-2 remmer en metformine** én een zeer hoog risico heeft op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de vigerende NHG- richtlijn Diabetes Mellitus type 2) *** & ****	☐ JA ☐ NEE, ga naar 7	36	
7.	De GLP-1 gebruikt vanwege een contra-indicatie voor een SGLT-2 remmer, toegevoegd aan de standaardbehandeling én een zeer hoog risico heeft op hart- en vaatziekten (overeenkomstig de vigerende NHG-richtlijn Diabetes Mellitus type 2) *** & ****	☐ JA ☐ NEE	36	XO

*: voor de combinatie met insuline dient het formulier "Combinatie van basale insuline en een GLP-1-Agonist" te worden ingevuld
** Metformine en 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.

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 APOTHEKER

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

- ☐ a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
☐ b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
☐ c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:

datum:

handtekening apotheker:



*** voor de voorwaarden 6 & 7 geldt geen BMI-limiet

**** er bestaat vergoeding voor gebruik in combinatie met alle andere anti-diabetica, waaronder SGLT2-remmers, behalve in combinatie met een DPP4-remmer. Wanneer de GLP-1agonist in combinatie met een DPP4-remmer wordt voorgeschreven, wordt de DPP4-remmer niet vergoed.

1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 58 1&3, 141 1&4 en 146 1&3 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.

