

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

ICOSAPENT-ETHYL

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

VERSIE: 1.0
INGANGSDATUM: 01-09-2023
NUMMER: 165

VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND SPECIALIST

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

Ondergetekende, cardioloog of internist, schrijft icosapent-ethyl voor aan deze verzekerde			kolom 1*	kolom 2*
1	met een vastgestelde cardiovasculaire aandoening	☐ JA, ga naar 2 ☐ NEE		☒
2a	die met een statine wordt behandeld	☐ JA ga naar 2b ☐ NEE		☒
2b	met verhoogde triglyceriden (tenminste 1,7 en ten hoogste 5,6 mmol/l).	☐ JA ☐ NEE	36	☒

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 apotheekhoudende 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 apotheekhoudende:

datum:

handtekening apotheekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 165 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.

