

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

SACUBITRIL/VALSARTAN
Entresto®

NB: Eenmalig in te vullen voor nieuwe gebruikers bij de start van de medicatie!

VERSIE: 3
INGANGSDATUM: 01-08-2023*
NUMMER: 109

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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, cardioloog, schrijft sacubitril/valsartan voor aan deze verzekerde en verklaart dat dat verzekerde:			kolom 1*	kolom 2*
1	sacubitril/valsartan gebruikte vóór 1 augustus 2023*	☐ JA, geen verdere actie nodig. ☐ NEE; ga naar 2		
2	18 jaar of ouder is, en de ziekte symptomatisch (NYHA II -IV) chronisch hartfalen (CHF) met verminderde ejectiefractie (LVEF ≤ 40%) (HFrEF) heeft,	☐ JA, ga naar 3 ☐ NEE		XO
3	recent in het ziekenhuis is opgenomen geweest voor hartfalen en de behandeling met sacubitril/valsartan is gestart tijdens of omwille van deze opname	☐ JA ☐ NEE, ga naar 4	oo	
4	een ACE-remmer/angiotensine-II-receptorantagonist in combinatie met een bètablokker in een stabiele** dosis gebruikt en desondanks nog 'CHF-klachten' heeft.	☐ JA ☐ NEE, ga naar 5	oo	
5	een ACE-remmer/angiotensine-II-receptorantagonist gebruikt in een stabiele** dosis gedurende tenminste 4 weken en desondanks nog 'CHF-klachten' heeft,	☐ JA, ga naar 6 ☐ NEE		XO
6	geen bètablokker kan gebruiken vanwege allergie, overgevoeligheid of contra-indicatie.	☐ JA ☐ NEE	oo	XO

*: per 12 september 2023 is gecommuniceerd de artsenverklaring en apotheekinstructie voor bestaande patiënten komt te vervallen. Per 1 november 2023 is het woord 'verslechterend' op verzoek van de NVVC verwijderd. Dit is akkoord bevonden door het Zorginstituut. Om voor alle bestaande patiënten gelijk te handelen blijft i.o.m. de KNMP de ingangsdatum op 1 augustus 2023 staan.

** **stabiele dosering = tenminste 4 weken op dezelfde dosering; na instelling conform 'Stappenplan hartfalenmedicatie' in NHG-standaard Hartfalen (mei 2021)**

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
APOTHEEKHOUDENDE

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:



1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nr 109** 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.

