

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

SILDENAFIL / TADALAFIL

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

VERSIE: 7.0  
INGANGSDATUM: 01-01-2026  
NUMMER: 028

VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:  
geboortedatum:  
verzekernummer:  
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

IN TE VULLEN DOOR MEDISCH SPECIALIST  
B doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

| Ondergetekende, medisch specialist handelend vanuit een multidisciplinair samenwerkingsverband PAH én verbonden aan een Universitair Medisch Centrum of het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, of reumatoloog, internist en/of kinderarts voor de behandeling van secundair fenomeen van Raynaud geassocieerd met bindweefselziekte, die sildenafil of tadalafil voorschrijft aan deze verzekerde, verklaart dat |                                                                        | kolom 1* | kolom 2* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 1. de verzekerde dit medicament krijgt voorgeschreven in het kader van de behandeling van arteriële pulmonale hypertensie                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2 | 60       |          |
| 2. de verzekerde dit medicament krijgt voorgeschreven in het kader van de behandeling van secundair fenomeen van Raynaud geassocieerd met bindweefselziekte en die sildenafil of tadalafil daarvoor krijgt voorgeschreven en onvoldoende reageert op de behandeling met dihydropyridine calciumantagonisten of daar niet behandeld mee kan worden.                                                                 | <input type="checkbox"/> JA<br><input type="checkbox"/> NEE            | 60       | XO       |

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

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:



- 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 28 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](http://www.znformulieren.nl).

