

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:

verzekernummer:

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 <u>start</u> en/of vervolg artsenerklaring na 3 jaar; - huisarts bij de vervolg artsenerklaring <u>na</u> 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	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	en met voldoende hoog risico voor: <ul style="list-style-type: none"> Een heterozygote familiale hypercholesterolemie óf een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart-en-vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn 	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		<input checked="" type="checkbox"/> XO
3	in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<input checked="" type="checkbox"/> 36	
4	als monotherapie indien: <ul style="list-style-type: none"> zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra- indicatie of intolerantie*. 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 36	<input checked="" type="checkbox"/> XO

* Na eerste artsenerklaring ingevuld en ondertekend door betreffende specialist, mag na 3 jaar een huisarts een vervolg-artsener-
klaring invullen en ondertekenen en kunnen vervolguittijdes 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 artsenerklaring 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 artsenerkla-
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.

