

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

**GLP-1-AGONISTEN:
EXENATIDE, DULAGLUTIDE,
SEMAGLUTIDE, LIRAGLUTIDE,
TIRZEPATIDE****in combinatie met insuline**

(losse en vaste combinaties)

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>VERSIE: 5
Publicatiedatum: 01-05-2026
NUMMER: 58.2, 112, 141.2, 146.2, 194**A VERZEKERDEGEGEVENS**
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B

IN TE VULLEN DOOR DE INTERNIST, CARDIOLOOG OF HUISARTS

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	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	een BMI heeft/had van 30 kg/m ² of hoger.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	
3	en diens bloedglucosewaarden onvoldoende kunnen worden gereguleerd na ≥ 3 maanden behandeling met optimaal getitreerd basaal insuline, in combinatie met metformine (al dan niet met een sulfonyleureumderivaat) in een maximaal verdraagbare dosering*	<input type="checkbox"/> JA** <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<input checked="" type="checkbox"/> 36
4.	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) * en *** en ****	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5	<input checked="" type="checkbox"/> 36
5.	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) *** & ****	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 36 <input checked="" type="checkbox"/> XO

*: Metformine en het sulfonyleureumderivaat 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.

** Géén vergoeding als er ook andere glucoseverlagende middelen gebruikt worden (bolusinsuline, DPP4-remmers etc.). Zie ook de flowchart [ZN diabetes op onze website](#).*** voor de voorwaarden 4 & 5 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-1 agonist in combinatie met een DPP4-remmer wordt voorgeschreven, wordt de DPP4-remmer niet vergoed.**C**HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

DIN 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 58.2, 112, 141.2 en 146.2** 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.