

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## SILDENAFIL / TADALAFIL

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

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

### A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:  
geboortedatum:  
verzekernummer:  
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

### B IN TE VULLEN DOOR MEDISCH SPECIALIST

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 <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 <input type="checkbox"/> NEE	60	XO

### C HANDTEKENING ARTS

zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:  
praktijkadres:

telefoon:  
datum:

handtekening arts:

### D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsverklaring 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:



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

