

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## EDOXABAN

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

VERSIE: 2.0  
 Ingangsdatum: 19-10-2016  
 Publ. Datum: 103  
 NUMMER:

### A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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

Ondergetekende, huisarts of medisch specialist, die edoxaban aan deze verzekerde voorschrijft, verklaart dat		kolom 1*	kolom 2*
1	verzekerde is 18 jaar of ouder	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> XO
2	de verzekerde nonvalvulair atriumfibrilleren heeft en een of meer risicofactoren, en dit geneesmiddel krijgt voorgeschreven ter preventie van een cerebrovasculair accident of systemische embolie overeenkomstig de introductieleidraad die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen is aanvaard.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3	<input checked="" type="checkbox"/> 12
3	de verzekerde op dit geneesmiddel is aangewezen voor de behandeling van diepveneuze trombose (DVT) en longembolie (PE) en de preventie van recidiverende DVT en PE.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> 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 APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhouder 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 apothekhouder:

datum:

handtekening apothekhouder:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 103** 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).
- Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl).

Zorgverzekeraars Nederland

