



Naam verzekerde: .....  
Geboortedatum: .....  
Adres: .....  
Postcode en plaats: .....  
Relatienummer: .....  
BSN: .....

### In te vullen door de apotheker

1. De prestatie medicatiebeoordeling kan alleen worden uitgevoerd en gedeclareerd wanneer de Apotheekhoudende hiervoor een additionele door de Zorgverzekeraar goedgekeurde opleiding heeft gevolgd en met goed gevolg heeft afgerond. De voorwaarden kunt u raadplegen via onze zorgaanbiederswebsite.
2. Om een medicatiebeoordeling te kunnen declareren dient de Zorgaanbieder voor de uitvoering van een medicatiebeoordeling de vigerende Prestatiebeschrijving en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen te volgen. De Zorgaanbieder zal bij de medicatiebeoordeling ook het aspect doelmatigheid beoordelen.
3. Indien een Verzekerde niet aan de criteria in lid 2 van dit artikel voldoet en het leveren van een medicatiebeoordeling door de behandelaar noodzakelijk wordt geacht, kan de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar een akkoordverklaring aanvragen.

### Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van vergoeding voor medicatiebeoordeling, wanneer niet voldaan wordt aan de voorwaarden van de prestatiebeschrijving van de NZA en de Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie van de NHG.

---

#### 1. Patiënt is 65 jaar of ouder

ja  nee

---

#### 2. Gebruikt chronisch 5 of meer geneesmiddelen (ATC-3-niveau)

ja  nee, welke?

---

#### 3. Bij uw patiënt zijn minimaal één van de volgende risicofactoren van toepassing:

- verminderde nierfunctie (eGFR < 50 ml/min/1,73m<sup>2</sup>)  ja  nee
- verminderde cognitie (dementie (ICPC P70) of aanwijzingen voor geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen (ICPC P20));  ja  nee
- verhoogd valrisico (1 of meer maal gevallen in de voorgaande 12 maanden);  ja  nee
- signalen van verminderde therapietrouw;  ja  nee
- niet zelfstandig wonend (verzorgings- of verpleeghuis);  ja  nee
- niet geplande ziekenhuisopname.  ja  nee

---

#### 4. Wanneer aan bovenstaande 3 punten wordt voldaan, dus u vraag 1 en 2 met "Ja" kunt beantwoorden EN bij vraag 3 minimaal één risicofactor van toepassing is, dan hoeft u geen aanvraag in te dienen. Zo nee, ga verder naar punt 5.

---

#### 5. Geef een duidelijke toelichting waarom u een medicatiebeoordeling noodzakelijk acht:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Gegevens aanvrager



Naam apotheker: .....

Gegevens apotheek: .....

Plaats: .....

Datum: .....

Stempel apotheek:

Handtekening apotheker:



Indien wij na het in behandeling nemen van de aanvraag meer informatie nodig hebben zullen wij deze schriftelijk bij u opvragen.  
U kunt dit formulier opsturen naar: CZ/Nationale-Nederlanden/OHRA, t.a.v. afd. Medische beoordelingen Farmacie, Ringbaan West 236,  
Postbus 90152, 5000 LD TILBURG