



Aevitae  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen

## Aanvraag nicotinevervangende middelen/geneesmiddelen bij stoppen met roken

In te vullen door behandelaar; aankruisen indien van toepassing. Per middel is een formulier vereist. Geldigheid formulier maximaal 3 maanden. Bij voortgezette behandeling na 3 maanden is een nieuw formulier vereist.

### A. GEGEVENS VERZEKERDE

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

Verzekerdnummer: \_\_\_\_\_

Startdatum Stoppen met Roken programma: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

### B. GEGEVENS ZORGVERLENER / PRAKTIJKSTEMPEL

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

verklaart een contract/afpraak met verzekeraar te hebben voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken zoals bedoeld in de NZa beleidsregel Stoppen met Roken:

- JA  
 NEE

1 Nee: verzekerde dient direct te betalen in de apotheek. Voor eventuele vergoeding op basis van polisvoorwaarden dient verzekerde contact op te nemen met zorgverzekeraar.

### C. HANDTEKENING ZORGVERLENER

DATUM \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

\_\_\_\_\_

#### D. ONDERGETEKENDE

1.  verklaart dat bovengenoemde verzekerde gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken volgt bij onder B genoemde zorgverlener conform de zorgmodule stoppen met roken en de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Ondergetekende adviseert als ondersteuning hierbij het gebruik van de volgende nicotinevervangende middelen:

Middel	Sterkte	Aantal <sup>1</sup>	Geadviseerd daggebruik
1a <input type="radio"/> Nicotinepleisters			
1b <input type="radio"/> Nicotine zuigtabletten			
1c <input type="radio"/> Nicotine kauwtabletten			
1d <input type="radio"/> Nicotine sublinguale tabletten			

<sup>1</sup> Pleisters of tabletten voor maximaal 3 maanden. Eenmalig verlengen tot 6 maanden mogelijk, mits nieuw formulier.

**CONTROLEER OF FORMULIER VOLLEDIG IS INGEVULD EN ONDERTEKEND EN GEEF FORMULIER MEE AAN VERZEKERDE OF**

2.  verklaart dat gedragsmatige ondersteuning in combinatie met nicotinevervangende middelen onvoldoende effect heeft bij deze verzekerde. **GA NAAR ONDERDEEL E**

Voor vergoeding van een receptgeneesmiddel dient het tweede deel van dit formulier te worden ingevuld; geef het formulier zo nodig mee aan de verzekerde.

Onderstaande aanvraag is alleen geldig indien ook de voorzijde volledig is ingevuld (alleen D1 uiteraard niet), door de zorgverlener die deze verzekerde gedragsmatige ondersteuning biedt.

#### E. ONDERGETEKENDE, (HUIS)ARTS,

1.  verklaart dat bovengenoemde verzekerde gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken volgt bij onder B genoemde zorgverlener conform de zorgmodule stoppen met roken en de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Ondergetekende schrijft hierbij het volgende receptgeneesmiddel voor als farmacotherapeutische ondersteuning:
- nortriptyline (Nortrilen®)
  - bupropion (Zyban®)
  - varenicline (Champix®)

Recept voor maximaal 30 dagen. Eén formulier per geneesmiddel. Formulier maximaal 3 maanden geldig.

**CONTROLEER OF FORMULIER VOLLEDIG IS INGEVULD (OOK ONDERDEEL F) EN ONDERTEKEND (ONDERDEEL C EN ONDERDEEL G) EN GEEF FORMULIER MEE AAN VERZEKERDE**

#### F. GEGEVENS (HUIS)ARTS (INDIEN AFWIJKEND VAN ONDERDEEL B) / PRAKTIJKSTEMPEL

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

#### G. HANDTEKENING (HUIS)ARTS

DATUM   \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

\_\_\_\_\_

## APOTHEEKINSTRUCTIE

### Stap 1A. Nicotinevervangende middelen

1A.1	Gegevens verzekerde (A) en zorgverlener (B) volledig ingevuld? Formulier ondertekend (C)?	JA: naar 1A.2 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener
1A.2	Gegevens nicotine-vervangende middelen (D1) volledig ingevuld? Eén middel aangekruist?	JA: naar 2.1 NEE: naar 1A.3
1A.3	D2 aangekruist?	JA: naar 1B.1 NEE: niet afleveren voor rekening zorgverzekeraar en ga naar 2.3

### Stap 1B. Receptplichtige geneesmiddelen

1B.1	Gegevens verzekerde (A) en voorschrijver (F) volledig ingevuld? Gegevens gedragsmatige ondersteuning (B, D) volledig ingevuld? Formulier ondertekend (C en G)?	JA: naar 1B.2 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener
1B.2	Eén middel aangekruist bij E?	JA: naar 2.1 NEE: vul aan indien mogelijk of retourneer aan verzekerde ter aanvulling door zorgverlener

### Stap 2.

2.1	Heeft zorgverlener B verklaard een stoppen-metrokencontract/-afspraken met verzekeraar te hebben?	JA: afleveren voor rekening zorgverzekeraar1 en ga naar 2.3 NEE: naar 2.2
2.2	Heeft verzekerde een machtiging van de zorgverzekeraar?	JA: afleveren voor rekening zorgverzekeraar1 en ga naar 2.3 NEE: niet afleveren voor rekening zorgverzekeraar en ga naar 2.3
2.3	Archiveer het aanvraagformulier voor controle door zorgverzekeraar. Indien niet voor rekening zorgverzekeraar, geef nota en aanvraagformulier aan verzekerde.	

Geldigheid formulier maximaal 3 maanden. Nicotinevervangende middelen voor maximaal 3 maanden per keer.

Eenmalig verlengen nicotinevervangende middelen tot 6 maanden mogelijk, mits nieuw formulier.

Receptgeneesmiddelen voor maximaal 30 dagen per recept.

Neem contact op met verzekeraar bij een aanvraag die deze maxima overschrijdt.