



RECEPT / Landelijk uniform aanvraagformulier Stoppen met roken

Dit recept/formulier is bedoeld voor het aanvragen van nicotinevervangende middelen en receptgeneesmiddelen voor het stoppen met roken. Voorwaarde voor vergoeding is dat er gedragsmatige ondersteuning plaatsvindt. Per stoppoging is een ingevuld formulier door de behandelaar vereist. Dit formulier is een recept, dat ondertekend moet worden door zowel voorschrijver/behandelaar als verzekerde.

A. GEGEVENS DEELNEMER / VERZEKERDE

Naam: _____
Adres: _____ Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____ E-mailadres: _____
BSN-nummer: _____ Telefoonnummer: _____
Zorgverzekeraar: _____ Apotheek: _____

B. GEGEVENS ZORGVERLENER / PRAKTIJKSTEMPEL

Naam: _____ AGB-code zorgverlener: _____
Adres: _____ Plaats: _____
Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

C. BEHANDELING

STAP 1

Verzekerde ontvangt gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken zoals bedoeld in de NZa beleidsregel Stoppen met Roken.

Welke vorm(en) van gedragsmatige ondersteuning wordt ingezet?

- groepstherapie persoonlijke begeleiding telefonische coaching e-health therapie / online ondersteuning
 anders namelijk: _____

STAP 2

Zorgverlener adviseert als ondersteuning van stap 1 gebruik van de volgende nicotinevervangende middelen:

Middel	Sterkte	Daggebruik	Verwachte duur van de kuur in weken
1a Nicotinepleisters	_____	_____	_____
1b Nicotine zuigtabletten	_____	_____	_____
1c Nicotine kauwgom	_____	_____	_____
1d Nicotine sublinguale tabletten	_____	_____	_____

STAP 3

Constaterende dat stap 1 in combinatie met stap 2 onvoldoende effect heeft gehad bij deze verzekerde, schrijft ondergetekende zorgverlener hierbij het volgende receptgeneesmiddel voor als farmacotherapeutische ondersteuning:

	Aantal weken	Daggebruik
<input type="checkbox"/> nortriptyline (Nortrilen®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> bupropion (Zyban®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> varenicline (Champix®)	_____	_____

Bovenstaande nicotinevervangende middelen (stap 2) en receptgeneesmiddelen (stap 3) worden uitsluitend vergoed indien de patiënt deelneemt aan gedragsmatige ondersteuning (stap 1).

De vergoeding bedraagt maximaal 3 maanden.

Er kan één nicotinevervangend middel of geneesmiddel per formulier worden aangevraagd.

Uitlevering in kleinere afzonderlijke afleverdelen door apotheek is mogelijk.

D. ONDERTEKENING

Verzekerde.

Hierbij verklaar ik te stoppen met roken onder professionele begeleiding en daarbij aanvullend een nicotinevervangend middel en/of receptgeneesmiddel te gebruiken.

Ik geef toestemming aan de apotheek om, indien nodig, ter controle een overzicht van mijn medicijnen op te vragen.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening:

Per kalenderjaar wordt één stoppoging vergoed uit de basisverzekering.

Voorschrijver/behandelaar verklaren te werken volgens de zorgmodule stoppen met roken en de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening:

Naam behandelaar

gedragsondersteuning*:

* Indien niet dezelfde als

de voorschrijver) _____

AGB-code ondertekenaar: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening:

E. ZORGVERZEKERAAR EN APOTHEEK

Bij welke zorgverzekeraar is de deelnemer/verzekerde verzekerd?

CZ, Delta Lloyd, OHRA

→ Faxen naar ApotheekZorg 046-4113051, stoppenmetroken@apotheekzorg.nl of per post sturen naar ApotheekZorg, Postbus 5056, 6130 PB Sittard.

→ Faxen naar Thuisapothek: 085-7325741, stoppenmetroken@thuisapothek.nl of per post sturen naar: Thuisapothek, Postbus 9242, 1800 GE Alkmaar.

Indien het medicijn bij een andere apotheek betrokken wordt, dan wordt slechts een deel van het marktconform tarief vergoed (zie verzekeringspolis)

Coöperatie VGZ:

VGZ, IZA, IZA Cura, IZZ, Univé, UMC, Bewust, Zekur.nl, Zorgzaam

→ Faxen naar 0297-760099, SMR@nationale-apotheek.nl of ga naar www.nationale-apotheek.nl/Speciale-programmas/stoppen-met-roken.

Indien het medicijn bij een andere apotheek betrokken wordt, dan wordt slechts een deel van het marktconform tarief vergoed (zie verzekeringspolis)

Menzis, Anderzorg, Azivo, HEMA

→ Faxen naar ApotheekZorg 088-0440709, stoppenmetroken@apotheekzorg.nl of per post sturen naar ApotheekZorg, Postbus 5056, 6130 PB Sittard.

Indien middelen door een andere apotheek worden verstrekt, dan wordt slechts 75% van de kosten vergoed.

Alle andere verzekeraars

waaronder Achmea, a.s.r, De Amersfoortse, Ditzo, DSW, ENO, De Friesland, Holland Zorg, InTwente, ONVZ, PNOzorg, Salland, Salland ZorgDirect, Stad Holland, VvAA, Zilveren Kruis, Zorg & Zekerheid

→ Verzenden naar de eigen apotheek van de verzekerde.