

LANDELIJK UNIFORM AANVRAAGFORMULIER STOPPEN MET ROKEN ZORG

In te vullen door behandelaar; aankruisen indien van toepassing. Per stoppoging is een formulier vereist. Geldigheid formulier maximaal 3 maanden. Bij voortgezette behandeling na 3 maanden en bij wijzigingen in sterkte of toedieningsvorm is een nieuw formulier vereist. **Ondertekenen door behandelaar en verzekerde.**

A. GEGEVENS VERZEKERDE

Naam: _____
Adres: _____
Woonplaats: _____
Geboortedatum: _____
Zorgverzekeraar: _____
Verzekerdnummer: _____
Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

B. GEGEVENS ZORGVERLENER / PRAKTIJKSTEMPEL

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

C. BEHANDELING

Startdatum Stoppen met Roken programma: _____

STAP 1

Verzekerde ontvangt gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken zoals bedoeld in de NZa beleidsregel Stoppen met Roken. **Zorgverlener** werkt volgens de zorgmodule stoppen met roken en de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving.

Welke vorm van gedragsmatige ondersteuning wordt ingezet?

STAP 2

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

Middel	Sterkte	Aantal	Geadviseerd daggebruik
1a Nicotinepleisters	_____	_____	_____
1b Nicotine zuigtabletten	_____	_____	_____
1c Nicotine kauwgom	_____	_____	_____
1d Nicotine sublinguale tabletten	_____	_____	_____

Nicotine vervangende middelen worden uitsluitend vergoed indien patiënt deelneemt aan gedragsmatige ondersteuning (persoonlijke (telefonische) begeleiding of groepstraining), zoals genoemd in stap 1.

De vergoeding bedraagt maximaal 3 maanden. Eenmalig verlengen tot 6 maanden mogelijk, mits nieuw formulier.

Startdatum verstrekking nicotine vervangende middelen: _____

NB: dit kan een latere datum zijn dan start gedragsmatige ondersteuning.

STAP 3

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

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

Startdatum verstrekking receptgeneesmiddel: _____

NB: dit kan een latere datum zijn dan start stap 1 en 2.

Formulier per stoppoging maximaal 3 maanden geldig. Eén formulier per geneesmiddel.

Uitlevering geneesmiddel door apotheek in kleinere afzonderlijke afleverdelen is mogelijk.

D. ONDERTEKENING

Verzekerde.

Ik beloof mijn best te doen om te stoppen met roken. Ik ga dat doen met begeleiding en/of training en eventueel met medicijnen.

JA NEE

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

JA NEE

Zorgverlener, verklaart te werken volgens de zorgmodule stoppen met roken en de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving.

JA NEE

Zorgverlener heeft SMR contract met de zorgverzekeraar.

JA NEE*

* Indien geen SMR contract met de zorgverzekeraar. De kans bestaat dat de verzekerde dan geen of beperkte vergoeding ontvangt en moet bijbetalen bij de apotheek. Adviseer verzekerde polisvoorwaarden zorgverzekering en/of zorgverzekeraar te raadplegen.

Naam voorschrijver: _____

AGB-code ondertekenaar _____

Plaats, datum _____

Plaats, datum _____

Handtekening:

Handtekening:

E. ZORGVERZEKERAAR EN APOTHEEK

Bij welke zorgverzekeraar is de verzekerde verzekerd?

- CZ, Delta Lloyd, OHRA → faxen naar ApotheekZorg 046-4113051, stoppenmetroken@apotheekezorg.nl of per post sturen naar ApotheekZorg, Postbus 5056, 6130 PB Sittard.
Indien middelen door een andere apotheek worden verstrekt, dan worden de geneesmiddelen niet vergoed.
- Coöperatie VGZ UA → faxen naar 0297-760099, SMR@nationale-apotheek.nl of ga naar www.nationale-apotheek.nl/Speciale-programmas/stoppen-met-roken
Indien middelen door een andere apotheek worden verstrekt, dan worden de geneesmiddelen niet vergoed.
- ONVZ, PNOzorg, VvAA → formulier aan verzekerde meegeven. Apotheek of verzekerde stuurt formulier naar ONVZ via het Contactformulier op www.onvz.nl, per fax 030-635 12 75 of per post: ONVZ, afdeling Zorgservicebureau, Postbus 392, 3990 GD Houten.
- Alle andere verzekeraars, waaronder Achmea, ASR, DSW, ENO, De Friesland, Menzis, Stad Holland, Zorg & Zekerheid → verzenden naar de eigen apotheek van de verzekerde