



## 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. Dit formulier is tevens het recept.

**Ondertekenen door voorschrijver/behandelaar en verzekerde.**

### A. GEGEVENS VERZEKERDE

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_  
Verzekerdnummer: \_\_\_\_\_ BSN nummer: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Naam apotheek: \_\_\_\_\_  
AGB-code apotheek: \_\_\_\_\_ (indien bekend)

### B. GEGEVENS ZORGVERLENER / PRAKTIJKSTEMPEL

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_  
AGB-code zorgverlener: \_\_\_\_\_

### 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

Plaats, datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

**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 met de zorgverzekeraar.  JA  NEE\*\*

\* Indien de voorschrijver van medicijnen en de behandelaar die de gedragsmatige ondersteuning verleent niet dezelfde (organisatie) zijn, moeten beiden ondertekenen.

\*\* 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: \_\_\_\_\_

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 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.  
Indien het medicijn bij een andere apotheek betrokken wordt, dan wordt slechts een deel van het marktconform tarief vergoed (zie verzekeringspolis)
- Coöperatie VGZ UA → faxen naar 0297-760099, SMR@nationale-apotheek.nl of ga naar [www.nationale-apotheek.nl/Speciale-programmas/stoppen-met-roken](http://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.
- ONVZ, PNOzorg, VvAA → formulier aan verzekerde meegeven. Apotheek of verzekerde stuurt formulier naar ONVZ via het Contactformulier op [www.onvz.nl](http://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, Stad Holland, Zorg & Zekerheid → verzenden naar de eigen apotheek van de verzekerde.