

# RECEPT / Landelijk uniform aanvraagformulier **Stoppen met roken**

Dit recept/formulier is bedoeld voor het aanvragen van (één of meerdere) nicotine vervangende middelen en receptgeneesmiddelen voor het stoppen met roken. Voorwaarde voor vergoeding is dat er gedragsmatige ondersteuning plaatsvindt.

Dit formulier is een **recept**, dat ondertekend moet worden door zowel voorschrijver/behandelaar als verzekerde. Indien mogelijk volstaat ook een regulier recept.

## A. GEGEVENS DEELNEMER / VERZEKERDE

Naam \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
 Postcode en Plaats \_\_\_\_\_ BSN-nummer \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Apotheek \_\_\_\_\_  
 E-mailadres \_\_\_\_\_

Heeft u een zwangerschapswens, zwangerschap of geeft u borstvoeding? Dit is van belang voor de keuze van de medicatie.

Ja  Nee

## B1. GEGEVENS BEGELEIDER STOPPEN MET ROKEN / PRAKTIJKSTEMPEL

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

## B2. GEGEVENS VOORSCHRIJVER / PRAKTIJKSTEMPEL (voorschrijver is arts, specialist, verpleegkundig specialist)

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

## C. BEHANDELING

**Matched care: kies direct de meest passende behandeling**

### STAP 1

Verzekerde ontvangt gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken zoals bedoeld in de NZa beleidsregel NZa beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma.

Welke vorm(en) van gedragsmatige ondersteuning wordt ingezet?

- groepstherapie  persoonlijke begeleiding  telefonische coaching  e-health therapie / online ondersteuning  
 anders, namelijk \_\_\_\_\_

### STAP 2

De aanvraag betreft:

- nieuwe aanvraag  aansluitende verlenging op eerste 3 maanden  overstap naar ander middel binnen eerste 3 maanden  
 Reden \_\_\_\_\_

### STAP 3

Voorschrijver/behandelaar adviseert als ondersteuning van stap 1 gebruik van de volgende nicotine vervangende middelen:

Middel	Sterkte	Daggebruik	Verwachte duur van de behandeling in weken
<input type="checkbox"/> Nicotinepleisters	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotine zuigtabletten	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotine kauwgom	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotine sublinguale tabletten*	_____	_____	_____

\* [Let op: niet alle zorgverzekeraars vergoeden de Nicotine sublinguale tabletten]

**Z.O.Z. →**

## STAP 4

Voorschrijver/behandelaar adviseert als ondersteuning van stap 1 gebruik van de volgende receptgeneesmiddelen:

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

**Bovenstaande nicotine vervangende middelen (stap 3) en receptgeneesmiddelen (stap 4) worden uitsluitend vergoed indien de patiënt deelneemt aan gedragsmatige ondersteuning (stap 1).**

De vergoeding bedraagt over het algemeen maximaal 3 maanden. In geval van verlenging of overstap van medicatie kunnen afwijkende regels gelden.

### D1. ZORGVERZEKERAAR EN APOTHEEK

Bij welke zorgverzekeraar is de deelnemer/verzekerde verzekerd?

- CZ, OHRA, Nationale Nederlanden** → Via: ApotheekZorg, De Thuisapothek\*
- Coöperatie VGZ**<sup>1</sup> → Via: De Nationale Apotheek en ApotheekZorg\*
- Menzis, Anderzorg, Azivo, HEMA** → Via De Thuisapothek, De Nationale Apotheek, ApotheekZorg\*\*
- Alle andere verzekeraars** → Verzenden naar de eigen apotheek van de verzekerde.

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

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

### D2. CONTACTADRESSEN APOTHEEK

Apotheek	Mailadres	Postadres
<b>ApotheekZorg</b>	Patiënten <a href="http://www.startenmetstoppen.nl">www.startenmetstoppen.nl</a>  Voorschrijvers <a href="mailto:smr.apotheekzorg@ezorg.nl">smr.apotheekzorg@ezorg.nl</a> <a href="mailto:stoppenmetroken@apotheekzorg.nl">stoppenmetroken@apotheekzorg.nl</a> <a href="mailto:recept@apotheekzorg.ezorg.nl">recept@apotheekzorg.ezorg.nl</a> (per Edifact vanuit HIS/ZIS, beveiligd uploaden) <a href="mailto:500072031@lms.lifeline.nl">500072031@lms.lifeline.nl</a> (Zorgmail)	ApotheekZorg Sittard t.a.v. ZorgTeam SMR Antwoordnummer 30 6130 VB Sittard
<b>Thuisapothek</b>	Patiënten <a href="mailto:klanten@thuisapothek.nl">klanten@thuisapothek.nl</a>  Voorschrijvers <a href="mailto:500034925@lms.lifeline.nl">500034925@lms.lifeline.nl</a> (beveiligd uploaden) <a href="mailto:ap010641@ccse.ezorg.nl">ap010641@ccse.ezorg.nl</a> (beveiligd uploaden)	Thuisapothek Postbus 9242 1800 GE Alkmaar
<b>Nationale Apotheek</b>	Patiënten <a href="mailto:smr@nationale-apotheek.nl">smr@nationale-apotheek.nl</a>  Voorschrijvers <a href="mailto:02010518rcp@caresoft.ezorg.nl">02010518rcp@caresoft.ezorg.nl</a> (beveiligd uploaden) <a href="mailto:500036345@lms.lifeline.nl">500036345@lms.lifeline.nl</a> (ZorgMail)	Nationale Apotheek Postbus 237 3640 AE Mijdrecht

<sup>1</sup> Coöperatie VGZ bestaat uit: VGZ, IZA, IZA Cura, VGZ voor de Zorg, SZVK, Univé, UMC, Bewuzt, Zekur.nl, Zorgzaam)

## E. ONDERTEKENING

Verzekerde verklaart te stoppen met roken onder professionele begeleiding en daarbij aanvullend een nicotine vervangend middel en/of receptgeneesmiddel te gebruiken.

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

Afleveradres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde

Voorschrijver verklaart te werken volgens de zorgstandaard 'Tabaksverslaving 2019'

(<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1680-zorgstandaard-tabaksverslaving-2019>) en de CBO-richtlijn

'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, herziening 2016' (te vinden op [trimbos.nl](http://trimbos.nl) en [nhg.nl](http://nhg.nl))

Naam \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

Handtekening voorschrijver

Indien behandelaar / begeleider niet hetzelfde is als voorschrijver:

Naam \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

Handtekening behandelaar