

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

Naltrexon + Bupropion, met een door RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie

(Let op: Mysimba®)

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 1
Ingangsdatum: 01-08-2022
NUMMER: 147

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
geboortedatum:
verzekernummer:
adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE INTERNIST OF HUISARTS

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, behandelend specialist of huisarts, verklaart dat deze verzekerde, aan wie hij/zij dit middel voorschrijft,			kolom 1	kolom 2
1	18 jaar of ouder is, met een verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico*	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE		XO
2	bij starten met dit geneesmiddel een BMI heeft/had $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ tot $< 30 \text{ kg/m}^2$ in combinatie met co-morbiditeiten ((risicofactoren voor) hart- en vaatziekte, diabetes type 2, slaapapneu en/of artrose) of een BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		XO
3	Dit geneesmiddel gebruikt in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).**	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE		XO
4	Voor het eerst start met dit geneesmiddel nadat gedurende tenminste één jaar een GLI traject met voldoende inzet gevolgd is***. Bepaal en noteer gewicht verzekerde in uw medisch dossier.	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE ga naar 5	4	
5	Na 4 maanden gebruik van dit middel tenminste méér dan 5% vermindering van lichaamsgewicht heeft behaald ten opzichte van het startgewicht bij begin behandeling. Bepaal en noteer gewicht verzekerde in het medisch dossier.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE minder dan 5% gewichtsreductie. Stop <input type="checkbox"/> NEE, al 2 jaar chronisch gebruikt. Ga naar vraag 6.	24	XO
6.	Na 24 maanden chronisch gebruik: Verzekerde heeft nog een medisch belang bij gebruik naltrexon/bupropion in het kader van het extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en moet worden doorbehandeld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	24	XO

* zie hiervoor de vigerende zorgstandaard: [Zorgstandaard Obesitas 2010](#)** <https://www.rivm.nl/gecombineerde-leefstijlinterventie>*** Q&A inzet farmacotherapie bij obesitas op www.znformulieren.nl.**C** HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:
praktijkadres:
telefoon:
datum:
handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEKER

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie:

a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar

b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar

c) NIET afgeleverd

AGB code apotheek:
datum:
handtekening apotheker:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 147** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

