

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

LIRAGLUTIDE, met een door RIVM erkende leefstijlinterventie, zonder diabetes type II.

(Let op: SAXENDA®)

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

VERSIE: 5
Ingangsdatum: 01-04-2025
NUMMER: 141c

A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
geboortedatum:
verzekernummer:
adres:

ruimte

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, een extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico heeft, maar geen diabetes mellitus type 2 en (nog) niet in aanmerking komt voor metabole chirurgie.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	XO
2 bij starten met dit geneesmiddel een BMI heeft/had ≥ 35 kg/m ² met comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) of een BMI ≥ 40 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, al 2 jaar chronisch gebruikt. Ga naar vraag 6 <input type="checkbox"/> NEE	XO
4 Voor het eerst start met dit geneesmiddel bij onvoldoende resultaat** van tenminste één jaar actieve deelname (met voldoende inzet) aan een erkend GLI programma***. Bepaal en noteer gewicht verzekerde in uw medisch dossier.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, geen eerste uitgifte ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, wel eerste uitgifte maar geen jaar GLI	[4] XO
5 Na 3 maanden gebruik van dit middel in de onderhoudsdosering 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% reductie. Stop. <input type="checkbox"/> NEE, al 2 jaar chronisch gebruikt. Ga naar vraag 6	[24] XO
6 Na 24 maanden chronisch gebruik, nog steeds een medisch belang heeft van gebruik liraglutide in het kader van het extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en derhalve moet worden doorbehandeld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	[24] XO

* <https://www.rivm.nl/gecombineerde-leefstijlinterventie>** zie hiervoor de vigerende zorgstandaard: [Zorgstandaard Obesitas 2010](#)*** zie Q&A Saxenda op de website www.znformulieren.nl; [QA-inzet-farmacotherapie-bij-obesitas.pdf](#)

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 141c** 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.



