

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 spray	_____	_____	_____

* (Let op: niet alle zorgverzekeraars vergoeden de Nicotine sublinguale spray)

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®)	_____	_____
cytisine (Decigatan®)	_____	_____

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.

Contactadressen Apotheek

Apotheek

ApotheekZorgFarmacie

E-mailadres

Patiënten: stoppenmetroken@apotheekeezorg.nl

Voorschrijvers:

SMR.apotheekeezorg@ezorg.nl
recept@esdoorn.ezorg.nl (Koppeling HIS)

klantnummer 500051991 (Koppeling HIS) 500051991@lms.lifeline.nl

(Koppeling HIS)

Apotheekzorg (ZorgMail)

Postadres

ApotheekZorg Bladel
t.a.v. ZorgTeam SMR
Antwoordnummer 5530
5530 ZX Bladel

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.

Aflleveradres _____
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 en nhg.nl)

Naam _____
Plaats _____
Datum _____

Handtekening voorschrijver

Indien behandelaar / begeleider niet hetzelfde is als voorschrijver:

Naam _____
Plaats _____
Datum _____

Handtekening behandelaar