RECEPT / LandelijkuniformaanvraagformulierStoppenmetroken

Dit recept/formulier is bedoeld voor het aanvragen van (één of meerdere) nicotinevervangende middelen e/o 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: _____
Adres: _____
Postcode en Plaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____
Zorgverzekeraar: _____
BSN-nummer: _____
Apotheek: _____

Heeft u een zwangerschapswens, bent u zwanger of geeft u borstvoeding?

☐ Ja ☐ Nee → dit is van belang voor de keuze van de medicatie.

B1. GEGEVENS SINEFUMA

Naam: SineFuma
Adres: Cimburgalaan 98
Telefoonnummer: 076 – 88 95 195

AGB-code zorgverlener: 48-485110
Plaats: Breda (landelijke aanbieder)
E-mailadres: info@rookvrijookjij.nl

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

Naam: _____
Adres: _____
Telefoonnummer: _____

AGB-code zorgverlener: _____
Plaats: _____
E-mailadres: _____

C. BEHANDELING

Matched care: kies direct de meest passende behandeling

STAP 1

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

Welke vorm(en) van gedragsmatige ondersteuning wordt ingezet?

☐ groepstherapie ☐ persoonlijke begeleiding ☐ telefonische coaching ☐ e-health therapie / online ondersteuning

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 nicotinevervangende middelen:

	Middel	Sterkte	Daggebruik	Verwachte duur van de kuur in weken
☐	Nicotinepleisters	_____	_____	_____
☐	Nicotine zuigtabletten	_____	_____	_____
☐	Nicotine kauwgom	_____	_____	_____
☐	Nicotine sublinguale tabletten*	_____	_____	_____

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

STAP 4

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

		Aantal weken	Daggebruik
☐	Cytisine (Decigatan®)	_____	_____
☐	Bupropion (Zyban®)	_____	_____
☐	Nortriptyline (Nortrilen®)	_____	_____

Bovenstaande nicotinevervangende 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.

D. ZORGVERZEKERAAR EN APOTHEEK

Voor alle zorgverzekeraars*:	**Apotheek Zorg** Deelnemer kan dit formulier als volgt opsturen: - Uploaden (via telefoon of computer) via **www.startenmetstoppen.nl** - E-mailen naar **stoppenmetroken@apotheekzorg.nl** - Opsturen naar ApotheekZorg |t.a.v. ZorgTeam SMR | Antwoordnummer 5530 | 5530 ZX Bladel Zorgverlener kan dit formulier als volgt opsturen: - E-mail: **smr.apotheekzorg@ezorg.nl** of **stoppenmetroken@apotheekzorg.nl** - Beveiligd sturen (per edifact vanuit HIS/ZIS): **recept@apotheekzorg.ezorg.nl** of **500072031@lms.lifeline.nl** (ZorgMail)

* Indien het hulpmiddel bij een andere apotheek wordt gehaald, wordt slechts een deel van het tarief vergoed (zie verzekeringspolis)

E. ONDERTEKENING

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

Het is belangrijk dat uw andere zorgverleners (zoals eigen huisarts en apotheek) uw belangrijkste medische gegevens kunnen bekijken. Het beveiligd digitaal delen van uw medische gegevens gebeurt via het Landelijk Schakelpunt (LSP). Maar alleen als u dat goed vindt (zie folder op www.volgjezorg.nl).

Verzekerde geeft toestemming aan de apotheek om, indien nodig, ter controle een overzicht van de medicijnen op te vragen en/of om informatie over afgeleverde medicatie te delen via het LSP. ☐ Ja ☐ Nee

Indien de pakketgrootte het toelaat:

1. Kan het hulpmiddel via brievenbuspost bezorgd worden ☐ Ja ☐ Nee
2. Hebben kleine kinderen en/of huisdieren toegang tot het pakket als het door de brievenbus gaat? ☐ Ja ☐ Nee

Afleveradres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening deelnemer:

Voorschrijver verklaart te werken volgens de zorgstandaard *'Tabaksverslaving 2019'* (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)

SineFuma-coach *(behandelaar/voorschrijver nicotinevervangende middelen)*

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening voorschrijver/SineFuma-coach:

Arts, specialist, verpleegkundig specialist *(voorschrijver)*

Naam: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening voorschrijver: