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: 5
Ingangsdatum: 01-07-2026
NUMMER: 147

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE SPECIALIST 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, en minimaal een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) bij de start van het geneesmiddel heeft*	☐ *JA, ga naar 2* ☐ *NEE*		XO
2	bij starten met dit geneesmiddel een BMI heeft/had ≥ 27 kg/m2 tot < 30 kg/m2 in combinatie met co-morbiditeiten ((risicofactoren voor) hart- en vaatziekte, diabetes type 2, slaapapneu en/of artrose) of een BMI ≥ 30 kg/m2	☐ *JA, ga naar 3* ☐ *NEE*		XO
3	dit geneesmiddel gebruikt in combinatie met een door het RIVM erkende gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)**	☐ *JA, ga naar 4* ☐ *NEE, al 2 jaar chronisch gebruikt. Ga naar vraag 6.* ☐ *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.	☐ *JA,* ☐ *NEE ga naar 5*	4	
5	Na 4 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.	☐ *JA* ☐ *NEE minder dan 5% reductie. Stop.* ☐ *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 naltrexon/bupropion en derhalve moet worden doorbehandeld. LET OP: Mysimba® wordt alleen na twee jaar chronisch gebruik vergoed als bij de start aan de bovenstaande Bijlage 2 voorwaarde is voldaan.	☐ *JA* ☐ *NEE*	24	XO

* zie hiervoor de vigerende zorgstandaard: Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen
** Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) | RIVM
*** zie Q&A naltrexon/bupropion 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:

*

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

Zorgverzekeraars Nederland

© 2026 ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND