

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: 4
Ingangsdatum: 01-10-2025
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 gewichtsgelateerd gezondheidsrisico 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 in het kader van het minimaal matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en derhalve moet worden doorbehandeld. LET OP: Mysimba® wordt alleen na twee jaar chronisch gebruik vergoed als aan de 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.

