

## 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: 2  
Ingangsdatum: 01-07-2022  
NUMMER: 141c

**A** VERZEKERDEGEGEVENS  
vul de gevraagde gegevens  
volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

**B** IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND 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, een extreem verhoogd gewichtsgerelateerd 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		<b>XO</b>
2	bij starten met dit geneesmiddel een BMI heeft/had $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> met comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) of een BMI $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		<b>XO</b>
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		<b>XO</b>
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 ga naar 5	<b>4</b>	
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.	<b>24</b>	<b>XO</b>
6.	Na 24 maanden chronisch gebruik, nog steeds een medisch belang heeft van gebruik liraglutide in het kader van het extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico en derhalve moet worden doorbehandeld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<b>24</b>	<b>XO</b>

\* <https://www.rivm.nl/gecombineerde-leefstijlinterventie>\*\* zie hiervoor de vigerende zorgstandaard: [Zorgstandaard Obesitas 2010](#)\*\*\* zie Q&A inzet farmacotherapie bij obesitas op de website [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl): [Q&A inzet farmacotherapie bij obesitas](#)**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 141c** 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](http://www.znformulieren.nl).

