ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

LIRAGLUTIDE, met een door RIVM erkende leefstijlinterventie, zonder diabetes type II.

Let op: het verstrekte product moet geregistreerd zijn voor de indicatie obesitas.

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de artsenverklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op http://www.znformulieren.nl

VERSIE: 8
Ingangsdatum: 01-07-2026
NUMMER: 141c

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket

B IN TE VULLEN DOOR DE INTERNIST 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 (GGR)* bij de start van dit geneesmiddel heeft, maar geen diabetes mellitus type 2 en (nog) niet in aanmerking komt voor metabole chirurgie.	☐ *JA, ga naar 2* ☐ *NEE*		XO
2	bij starten met dit geneesmiddel een BMI heeft/had ≥ 35 kg/m^2 met comorbiditeit (hart- en vaatziekte, slaapapneu en/of artrose) of een BMI ≥ 40 kg/m^2	☐ *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 ten laste van de Zvw. Ga naar 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, start niet voor het eerst. Ga naar 5* ☐ *NEE, wel eerste uitgifte maar geen jaar GLI*	4	XO
5	Na 3 maanden gebruik van dit middel in de onderhoudsdosering tenminste 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 ten laste van de Zvw. Ga naar 6*	24	XO
6.	Na 24 maanden chronisch gebruik, nog steeds een medisch belang heeft van gebruik liraglutide en derhalve moet worden doorbehandeld. LET OP: liraglutide wordt alleen na twee jaar chronisch gebruik vergoed als bij de start aan de bovenstaande Bijlage 2 voorwaarden is voldaan	☐ *JA* ☐ *NEE*	24	XO

* zie hiervoor Tabel 2. Niveaus van gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico GGR.pdf
** zie Q&A Saxenda op de website www.znformulieren.nl; QA-inzet-farmacotherapie-bij-obesitas.pdf
*** https://www.rivm.nl/gecombineerde-leefstijlinterventie

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.

Zorgverzekeraars Nederland

© 2026 ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND