

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 artsverklaring 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 patiëtenetiket/ponsplaatje

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 gewichtsgelateerd 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		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	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE		XO
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		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.	<input type="checkbox"/> JA, <input type="checkbox"/> NEE ga naar 5	4	
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.	24	XO
6.	Na 24 maanden chronisch gebruik, nog steeds een medisch belang heeft van gebruik liraglutide in het kader van het extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico en derhalve moet worden doorbehandeld.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	24	XO

* <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: [Q&A inzet farmacotherapie bij obesitas](#)**C** HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEKER

Het voorgeschreven geneesmiddel is o.b.v deze artsverklaring 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:



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 141c** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

