

RECEPT Stoppen met roken (SMR)

Dit recept/formulier is bedoeld voor het aanvragen van (één of meerdere) nicotine vervangende middelen en receptgeneesmiddelen voor het stoppen met roken. Voorwaarde voor vergoeding is dat er gedragsmatige ondersteuning plaatsvindt. Indien mogelijk volstaat ook een regulier recept met de toevoeging SMR.

A. GEGEVENS DEELNEMER / VERZEKERDE

Naam _____ Geboortedatum _____
Adres _____ BSN-nummer _____
Postcode en plaats _____ Huidige apotheek _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____

Heeft u een zwangerschapswens, zwangerschap of geeft u borstvoeding? Dit is van belang voor de keuze van de medicatie.

Ja Nee

B1. GEGEVENS BEGELEIDER STOPPEN MET ROKEN / PRAKTIJKSTEMPEL

Naam Body en Mind Lifestyling B.V. AGB-code zorgverlener 4848 5214
Adres Nieuwe Molstraat 22a Plaats Den Haag
E-mailadres JOUW E-MAILADRES Telefoonnummer JOUW NUMMER

B2. GEGEVENS VOORSCHRIJVER / PRAKTIJKSTEMPEL (voorschrijver is arts, specialist, verpleegkundig specialist)

Naam _____ AGB-code zorgverlener _____
Adres _____ Plaats _____
E-mailadres _____ Telefoonnummer _____

C. BEHANDELING

Matched care: kies direct de meest passende behandeling

STAP 1

Ontvangt verzekerde gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken zoals bedoeld in de NZa beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma?

Ja Nee

STAP 2

De aanvraag betreft:

nieuwe aanvraag aansluitende verlenging op eerste 3 maanden overstap naar ander middel binnen eerste 3 maanden

Reden _____

STAP 3

Voorschrijver/begeleider adviseert als ondersteuning van stap 1 gebruik van de volgende nicotine vervangende middelen:

Middel	Sterkte	Daggebruik	Verwachte duur van de behandeling in weken
<input type="checkbox"/> Nicotinepleisters	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotine zuigtabletten	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotine kauwgom	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nicotine sublinguale tabletten*	_____	_____	_____

* Voor gebruik onder de tong. Let op: niet alle zorgverzekeraars vergoeden de nicotine sublinguale tabletten.

STAP 4



Voorschrijver adviseert als ondersteuning van stap 1 gebruik van de volgende receptgeneesmiddelen:

Middel	Aantal weken	Daggebruik
<input type="checkbox"/> nortriptyline (Nortrilen®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> bupropion (Zyban®)	_____	_____
<input type="checkbox"/> varenicline (Champix®)	_____	_____

Bovenstaande nicotine vervangende middelen (stap 3) en receptgeneesmiddelen (stap 4) worden uitsluitend vergoed indien de patiënt deelneemt aan gedragsmatige ondersteuning (stap 1).

De vergoeding bedraagt over het algemeen maximaal 3 maanden. In geval van verlenging of overstap van medicatie kunnen afwijkende regels gelden.

D. ZORGVERZEKERAAR EN APOTHEEK

 Voor alle zorgverzekeraars	Patiënten: smr@nationale-apotheek.nl Voorschrijvers: AGB-code: 2010916 E-mail (beveiligd): smr@nationale-apotheek.nl Edi-mailadres lifeline: 500036345@lms.lifeline.nl Edi-mailadres apro: aproo088@promedico-apro.nl LSP Application-id: 10011234	De Nationale Apotheek Antwoordnummer 5019 3600 XM Mijdrecht
 Voor Zilveren Kruis-verzekerden	Patiënten: smr@appo.nl Voorschrijvers AGB: 02082676 appo@zorgmail.nl (beveiligd uploaden) 500111494@lms.lifeline.nl (Edi-mailadres lifeline) LSP Application-id: 1001128	APPO, de apotheek van nu Antwoordnummer 91 4700 VB Roosendaal

E. ONDERTEKENING

Verzekerde verklaart te stoppen met roken onder professionele begeleiding en daarbij aanvullend een nicotine vervangend middel en/of receptgeneesmiddel te gebruiken.

Verzekerde geeft toestemming aan de apotheek om, indien nodig, ter controle een overzicht van mijn medicijnen op te vragen.

Voorschrijver verklaart te werken volgens de zorgstandaard 'Tabaksverslaving 2019'

(<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1680-zorgstandaard-tabaksverslaving-2019>) en de CBO-richtlijn

'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, herziening 2016' (te vinden op [trimbos.nl](https://www.trimbos.nl) en [nhg.nl](https://www.nhg.nl))

Naam JOUW NAAM
Praktijknaam Rookvrij en Fitter + EVT JOUW PRAKTIJKNAAM
Plaats JOUW PLAATS
Datum ZET JE HANDTEKENING IN HET VAK HIERNAAST

Handtekening voorschrijver/begeleider

Indien begeleider/behandelaar niet hetzelfde is als voorschrijver:

Naam _____
Praktijknaam _____
Plaats _____
Datum _____

Handtekening begeleider