

Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

(niet voor aanvraag van parenterale voeding)

NB: Dit formulier is bestemd voor de leverancier of apotheek, niet naar de zorgverzekeraar of ZN sturen !

Uitsluitend de laatste versie van de verklaring dieetpreparaten wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Zie <http://www.znformulieren.nl>

Versie: 4.0

Ingangsdatum: 1 januari 2018

Publicatiedatum: 22 december 2017

* betekenis Kolom 1 en 2 hieronder:

1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering

2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan.

A) VERZEKERDEGEDEVENS. Vul de gevraagde gegevens volledig in

Naam:

Geboortedatum:

Verzekernummer:

B) IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS OF DIËTIST

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat		Kolom 1*	Kolom 2*
1	de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding	<input type="checkbox"/> JA, NIET mogelijk, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE, WEL mogelijk	XO
2	EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding	<input type="checkbox"/> JA, NIET mogelijk, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE, WEL mogelijk	XO
3	De verzekerde lijdt aan:		
3a	een stofwisselingsstoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b	
3b	1. een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest. Datum afname provocatietest: 2. Verzekerde is jonger dan twee jaar	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3b2 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE,	XO
3c	Een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d	
3d	Een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3e	
3e	Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE	XO
4	Of de verzekerde is, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE,	XO
5	als de behandelaar van de verzekerde, wens ik het type dieetpreparaat: in de dosering**: voor te schrijven voor de duur van: ** Voor indicaties genoemd bij 3b geldt een maximum hoeveelheid van 1000ml per dagdagen <input type="checkbox"/> 1 maand <input type="checkbox"/> 2 maanden <input type="checkbox"/> 3 maanden <input type="checkbox"/> 6 maanden <input type="checkbox"/> 12 maanden	<01 01 02 03 06 12

LET OP: dit formulier is alleen geldig indien pagina 1 en 2 volledig zijn ingevuld

Naam voorschrijver:

Datum:

Paraaf:

**Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN
(niet voor aanvraag van parenterale voeding)**

C) Handtekening Arts/Diëtist (zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening)

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts/diëtist:

D) IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK-HOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER

Hierbij wordt verklaard dat het voorgeschreven dieetpreparaat o.b.v deze verklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB code:

Datum:

Naam Apotheekhoudende/leverancier:

Handtekening: