

VERKLARING

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

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.

C HANDTEKENING ARTS/DIËTIST
 zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
 handtekening

type dieetpreparaat: dosering:

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld

POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat

kolom 1* kolom 2*

NB: Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op de websites van de vermelde zorgverzekeraars.

1 de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding
 JA, NIET ,mogelijk, ga naar 2
 NEE, WEL mogelijk **X0**

INGANGSDATUM: 01-01-2015
 NUMMER: 001

2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding
 JA, NIET ,mogelijk, ga naar 3
 NEE, WEL mogelijk **X0**

A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:
 geboortedatum:
 verzekerdenummer:
 adres:

3 verzekerde lijdt aan:
 3a een stofwisselingsstoornis
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3b

3b een voedselallergie
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3c

3c een resorptiestoornis
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3d

3d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 4

4 de verzekerde, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, is aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat.
 JA, ga naar 5
 NEE, andere indicatie* **X0**

5 als de behandelaar van de verzekerde, wens ik nu (herhaling is mogelijk) voor te schrijven voor de duur van:
 1 maand
 2 maanden
 3 maanden
 6 maanden
 12 maanden
 01
 02
 03
 06
 12

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

naam:
 praktijkadres:
 telefoon:
 datum:
 handtekening arts/diëtist:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER

Hierbij wordt verklaart dat het voorgeschreven dieetpreparaat o.b.v deze artsenverklaring 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:

*
 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 1 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.
 4. Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op www.znformulieren.nl.

