

VERKLARING

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS OF DIËTIST

C HANDTEKENING ARTS/ DIËTIST
zorg voor juiste, leesbare handtekening

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek of leverancier van dieetvoeding

toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig, met uitzondering van het invulveld bij punt 5a.

POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

Dieetpreparaat: Dosering:

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld

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

kolom 1*
kolom 2*

naam:

AGB code:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening:

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

1a de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding
 JA, niet mogelijk ga naar 2
 NEE, wel mogelijk

XO

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

XO

VERSIE: 2.4
INGANGSDATUM: 01-05-2014
NUMMER: 001

3 verzekerde lijdt aan:
a) een stofwisselingsstoornis
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3b)
b) een voedselallergie
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3c)
c) een resorptiestoornis
 JA, ga naar 5
 NEE, ga naar 3d)
d) 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

XO

5 het voorschrift voor deze behandeling bevat de generieke omschrijving van het dieetpreparaat
 JA, ga naar 6
 NEE, ga naar 6a

A VERZEKERDEGEVEENS vul de gevraagde gegevens volledig in

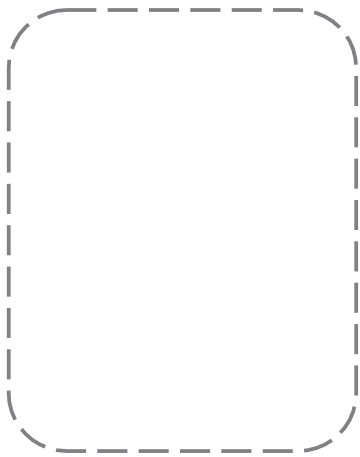
naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje



6a als de behandelaar van de verzekerde, initieer ik een behandeling voor de duur van 1 maand.
 JA,
 NEE, ga naar 6b

01

6b als de behandelaar van de verzekerde herhaal ik de behandeling voor indicatie genoemd bij 3d of bij 4 voor een duur van:
 1 maand
 3 maanden
 NEE, ga naar 6c

11
03

6c als de behandelaar van de verzekerde herhaal ik de behandeling voor indicatie genoemd bij 3a, 3b of 3c voor een duur van:
 12 maanden

12

D IN TE VULLEN DOOR LEVERANCIER

De leverancier verklaart dat het voorgeschreven dieetpreparaat o.b.v. deze verklaring en de bijbehorende afleverinstructie is:

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

AGB-code leverancier:

datum:

handtekening:

1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de ver-

- goedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in nummer 01 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