

VERKLARING		B IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS OF DIËTIST doorloop inderstaande 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	
NB: Dit formulier is bestemd voor de leverancier of apotheek, niet naar DSW Zorgverzekeraar sturen!		Type dieetpreparaat: <input type="text"/>	Dosering: <input type="text"/>	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 http://www.dsw.nl/Zorgverleners/Formulieren		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		<input checked="" type="checkbox"/>
VERSIE: 3.1 INGANGSDATUM: 12-03-2015 NUMMER: 001		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		<input checked="" type="checkbox"/>
A VERZEKERDEGEGEVENS Vul de gevraagde gegevens volledig in		3 verzekerde lijdt aan:			
		3a een stofwisselingsstoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b		
Naam: Geboortedatum: Verzekernummer: BSN nummer: Adres:		3b een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c		
		3c een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d		
Ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje		3d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie*		<input checked="" type="checkbox"/>
		5a Het betreft een eerste aanvraag.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5b Het betreft een verlengingsaanvraag voor een levenslange indicatie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5c Verlengingsaanvraag voor:	<input type="checkbox"/> 1 maand <input type="checkbox"/> 3 maanden <input type="checkbox"/> 6 maanden <input type="checkbox"/> 12 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER Hierbij wordt verklaart dat het voorgeschreven dieetpreparaten o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is: <input type="checkbox"/> a) afgeleverd, ten laste van DSW Zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> b) afgeleverd, NIET ten laste van DSW Zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> c) NIET is 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.	