

VERKLARING

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

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

type dieetpreparaat		dosering:		Deze verklaring is naar waarheid ingevuld	
POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN NB: Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op www.defriesland.nl	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
VERSIE: 1.0 INGANGSDATUM: 01-01-2015 NUMMER: 001	2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding				XO
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:	3b een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c			
geboortedatum:	3c een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d			
verzekerde nummer:	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			
adres:	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			XO
ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje	5. als de behandelaar van de verzekerde, wens ik nu (herhaling is mogelijk) voor te schrijven voor de duur van:				
	<input type="checkbox"/> 1 maand			01	
	<input type="checkbox"/> 2 maanden			02	
	<input type="checkbox"/> 3 maanden			03	
	<input type="checkbox"/> 6 maanden			06	
	<input type="checkbox"/> 12 maanden			12	

naam:

praktijkadres:

telefoon:

handtekening:

datum:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK OF ANDERE LEVERANCIER

Het voorgeschreven dieetpreparaat is o.b.v deze verklaring en de bijbehorende afleverinstructie:

a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar

b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar

c) NIET afgeleverd

AGB code apothek/leverancier

datum:

handtekening:

1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoeding zoals vastgesteld 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 kunt u vinden op www.defriesland.nl

