

Verklaring dieetpreparaten Zorg en Zekerheid

- In te vullen door diëtist, medisch specialist of jeugdarts consultatiebureau.
- De verklaring dieetpreparaten dient beschikbaar te zijn voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand gebruik. Voor de eerste maand gebruik van dieetpreparaten is deze verklaring niet vereist.

1. Gegevens verzekerde

Naam en voorletters _____

Geboortedatum _____

Burgerservicenummer (BSN) _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

2. Indicatiestelling

a. Kan de verzekerde uitkomen met aangepaste normale voeding?

Ja, geen vergoeding dieetpreparaat

Nee, ga naar 2b

b. Kan de verzekerde uitkomen met producten van bijzondere voeding?

Ja, geen vergoeding dieetpreparaat

Nee, ga naar 3

3. Verzekerde lijdt aan

a. Een stofwisselingsstoornis:

Ja, namelijk (vul in):

Nee, ga naar 3b

Aminozuurstofwisselingsstoornis zoals PKU, maple-syrupurineziekte etc.

Koolhydraatstofwisselingsstoornis, galactosemie, glycogeenstapelingsziekte etc.

Vetzuurstofwisselingsstoornis of stapelingsziekte

Ademhalingsketendefecten

Uitscheidingsziekten zoals nierinsufficiëntie (met name bij kleine kinderen)

Anders, nl. : _____

b. Een voedselallergie:

Ja, allergie (vul in):

Nee, ga naar 3c

Voorwaarde

Aangetoond middels gevalideerd screeningsinstrument

Uitgevoerd door: _____

Datum diagnostiek: _____

Let op:

Koemelkeiwitallergie: eliminatie-provocatietest vereist. Het testresultaat kan door Zorg en Zekerheid worden opgevraagd.

Vergoeding bij koemelkeiwitallergie tot de leeftijd van maximaal 2 jaar.

c. Een resorptiestoornis

Ja, allergie (vul in):

Nee, ga naar 3d

d. een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico erop:

Ja, namelijk

Nee, ga naar 3e

Gebruikt screeningsinstrument (vul in): _____

Aandoening (vul in): _____

e. Richtlijn

De verzekerde, in overeenstemming met de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, is aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer, of modulair dieetpreparaat

Ja, namelijk

Nee, ga naar 3f

Richtlijn (vul in):

f. Overig

Verzekerde lijdt aan geen van de bovengenoemde indicaties

NIET afleveren ten laste van zorgverzekering

4. Behandeling: product en dosering

Product: type dieetpreparaat/preparaten

Functionele omschrijving

Merk specifiek (toelichting)

Dosering/afleverhoeveelheid

Dosering/afleverhoeveelheid

5. Behandeldoelstelling

Behandeldoelstelling

Verwachte duur gebruik

6. Voorgeschreven dieetduur

Het betreft een eerste aanvraag

Het betreft een verlengingsaanvraag

Minder dan 3 maanden: _____ weken

3 maanden

6 maanden

12 maanden

7. Ondertekening

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld door:

Naam diëtist _____

Naam medisch specialist _____

Naam jeugdarts consultatiebureau _____

AGB-code _____

Adres praktijk/instelling _____

Telefoon _____

Handtekening _____

Datum - -

Startpakket

Aflevering: de eerste keer kan door de leverancier, voor een periode van 14 dagen, een startpakket (smaakpakket) afgeleverd worden.

Gecontracteerde leverancier of apotheek

Dit formulier is bestemd voor de gecontracteerde leverancier of apotheek en dient niet naar de zorgverzekeraar te worden gestuurd, tenzij de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dan stuurt u de Verklaring Dieetpreparaten rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid. De gecontracteerde zorgverleners voor de levering van dieetpreparaten zijn te vinden op zorgenzekerheid.nl.