

## 1. Verzekerde gegevens

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam

Geboortedatum  -  -   Man  Vrouw Burgerservicenummer

Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging

Postcode  Woonplaats  Land

Telefoon privé  Telefoon mobiel

E-mailadres\*

\* optioneel

## 2. Indicatiestelling (in te vullen door diëtist, behandelend specialist of consultatieburo -arts)

- 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 een:

### a. Stofwisselingsstoornis zoals (niet limitatief):

- Ja, namelijk
- Aminozuurstofwisselingsstoornissen zoals PKU, maple-syrupurineziekte etc
  - Koolhydraatstofwisselingsstoornissen; Galactosemie, Glycogeenstapelingsziekten etc
  - Vetzuurstofwisselingsstoornissen of stapelingsziekten: a- $\beta$ -lipoproteïnemie etc
  - Ademhalingsketendefecten
  - Uitscheidingsziekten zoals nierinsufficiëntie (met name bij kleine kinderen)
  - Anders, nl
- Nee, ga naar 3b

### Voorgeschreven dieetduur:

- 1 maand  
 3 maanden  
 6 maanden  
 12 maanden

### b. Een voedselallergie:

- Ja, vul allergie in
- Aangetoond middels provocatie / eliminatietest (uitgevoerd door CB arts / kinderarts / diëtist) als de huisarts deze test uitvoert kan deze ook de verklaring ondertekenen.
- Anders, nl:
- Nee, ga naar 3c

### Voorgeschreven dieetduur:

- 1 maand  
 3 maanden  
 6 maanden  
 12 maanden

### c. Een resorptiestoornis:

- Ja, namelijk
- Stoornis:
- Nee, ga naar 3d

### Voorgeschreven dieetduur:

- 1 maand  
 3 maanden  
 6 maanden  
 12 maanden

d. Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico erop<sup>1</sup>

Ja, gebruikt screeningsinstrument

  

Voorgeschreven dieetduur:

- 1 maand  
 3 maanden  
 6 maanden  
 12 maanden

Nee, ga naar 4

#### 4. Richtlijn

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

Vul de richtlijn in

Voorgeschreven dieetduur:

- 1 maand  
 3 maanden  
 6 maanden  
 12 maanden

#### 5. Behandeling (in te vullen door diëtist, CB-arts of behandelend specialist)

a. Type dieetpreparaat:

Generiek, nl.

- 1  
 2

  

Merkspecifiek, nl

- 1  
 2

  

b. Dosering dieet

x daags  ml of  x daags  gr

#### 6. Ondertekening

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld.

Naam diëtist of naam specialist of naam CB-arts

AGB-code

Praktijkadres

Telefoonnummer

Datum

 -  - 

Handtekening

#### Aflevering:

De eerste keer wordt door de leverancier, voor een periode van 14 dagen een startpakket, bestaande uit verschillende merken en smaken afgeleverd. daarna wordt voor maximaal 4 weken ineens afgeleverd.

<sup>1</sup> conform de LESA verwijzen huisartsen alle patiënten met ondervoeding naar de diëtist. De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Ondervoeding is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).