VERKLARING

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

POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

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

VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-09-2009
NUMMER: 001

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

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.

type dieetpreparaat: **dosering:**

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat		**kolom 1***	**kolom 2***
1 de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding	☐ *JA, NIET ,mogelijk, ga naar 2* ☐ *NEE, WEL mogelijk*		X0
2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding	☐ *JA, NIET ,mogelijk, ga naar 3* ☐ *NEE, WEL mogelijk*		X0
3 verzekerde lijdt aan:			
3a een stofwisselingsstoornis	☐ *JA, ga naar 5* ☐ *NEE, ga naar 3b*		
3b een voedselallergie	☐ *JA, ga naar 5* ☐ *NEE, ga naar 3c*		
3c een resorptiestoornis	☐ *JA, ga naar 5* ☐ *NEE, ga naar 3d*		
3d 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**		X0
5 als de behandelaar van de verzekerde, wens ik nu (herhaling is mogelijk) voor te schrijven voor de duur van:	☐ *1 maand* ☐ *2 maanden* ☐ *3 maanden* ☐ *6 maanden* ☐ *12 maanden*	01 02 03 06 12	

C HANDTEKENING ARTS/DIËTIST
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts/diëtist:

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 apotheek/leverancier:

datum:

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.
3. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.
4. Voor eventuele aanvullende instructies bij: *"NEE, andere indicatie"*, kijkt u op www.znformulieren.nl.

Zorgverzekeraars Nederland

© 2009 ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND