

Gegevens verzekerde

Naam (incl. voorletter(s))

Postcode en adres

Geboortedatum

Telefoonnummer

Polisnummer

Voorschrijver

Behandelend medisch specialist

Telefoonnummer

Datum aanvraag

- ☐ De voorschrijver verklaart dat:
- verzekerde niet lijdt aan hypo-unawareness;
 - verzekerde een educatie programma heeft doorlopen met als doel het juiste gebruik van de FGM;
 - verzekerde heeft met de arts een behandeldoel afgesproken;
 - verzekerde de FGM niet gebruikt in combinatie met rt-CGM;
 - verzekerde behoort tot één van de volgende 4 categorieën (invullen wat van toepassing is)

Indicaties^{1,2}

☐ kinderen (4 tot 18 jaar) met diabetes type 1

☐ volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1
(ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c
(> 8% of > 64mmol/mol))

☐ laboratoriumuitslagen HbA1c van 4 kwartalen voor de aanvraag, te weten:

1^e kwartaal _____ mmol/mol

2^e kwartaal _____ mmol/mol

3^e kwartaal _____ mmol/mol

4^e kwartaal _____ mmol/mol

☐ zwangere vrouwen met bestaande diabetes
(type 1 en 2)

☐ Datum á terme: _____
(vergoeding sensoren gedurende de zwangerschap
+ tot 3 maanden na uiterekende datum)

☐ vrouwen met zwangerschapswens bij een
preconceptionele diabetes (type 1 en type 2)

NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid
voor verlenging.

1 FGM behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor verzekerden met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemie en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen (hypoglycemia unawareness)

2 Indien verzekerde niet voldoet aan de indicatiecriteria voor het verkrijgen van FGM maar wel aanspraak wil maken op vergoeding, dient een gemotiveerde aanvraag ingediend te worden.

Benodigde middelen

Reader	☐
Sensoren	☐ 1 sensor per 2 weken
Teststrips	☐ 50 teststrips per kwartaal

De zorgverlener verklaart:

- Ik ga zorgvuldig om met de (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag en neem de volgende verplichtingen in acht.
- Ik heb namens de verzekerde alle gegevens voor de machtigingsaanvraag correct en volledig ingevuld.
- Verzekerde (of diens vertegenwoordiger) kent de inhoud van deze aanvraag, geeft mij de volmacht voor het indienen ervan en stemt uitdrukkelijk toe dat zijn/haar (medische) persoonsgegevens aan de gecontracteerde leverancier of zorgverzekeraar worden verzonden.
- De verzekerde (of diens vertegenwoordiger) geeft mij ook uitdrukkelijke toestemming om aanvullende informatie over deze aanvraag op verzoek van (de medisch adviseur van) de zorgverzekeraar te verstrekken aan de zorgverzekeraar, mits noodzakelijk voor de beoordeling van de aanvraag.
- De (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag worden uitsluitend gebruikt voor afhandeling van de aanvraag en uitsluitend bewaard zolang als noodzakelijk is.
- Ik verklaar dat de verzekerde weet dat verzwijging van belangrijke feiten, of onjuiste/onvolledige invulling van het formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding kan vervallen.
- Daarnaast weet ik dat de bewijslast voor de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde op mij rust.

Is alles correct en volledig ingevuld? Stuur dan het Aanvraagformulier Flash Glucose Monitoringssysteem per e-mail naar medischadvies@promovendum.nl. Per post mag ook:

Promovendum
T.a.v. team Medisch Advies
Postbus 1815
3800 BV Amersfoort