

**Gegevens verzekerde**

Naam

Geboortedatum

Burgerservicenummer

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

**Gegevens voorschrijver**

Naam voorschrijver

Naam instelling/praktijk

Adres

AGB-code voorschrijver

Telefoonnummer

E-mailadres

## A. Beoordeling aanspraak

Als voorschrijver wens ik een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat voor te schrijven:

Indicatie Aankruisen welk antwoord van toepassing is		Aflevering ten laste van zorgverzekering akkoord ja/nee
1. Kan de verzekerde uitkomen met aangepaste normale voeding?	<input type="checkbox"/> Ja, dat is mogelijk	Aflevering ten laste van zorgverzekering NIET akkoord
	<input type="checkbox"/> Nee, dat is niet mogelijk	Ga naar vraag 2
2. Kan de verzekerde uitkomen met andere producten van bijzondere voeding?	<input type="checkbox"/> Ja, dat is mogelijk	Aflevering ten laste van zorgverzekering NIET akkoord
	<input type="checkbox"/> Nee, dat is niet mogelijk	Ga naar vraag 3

### 3 Aankruisen wat van toepassing is:

3a. Verzekerde lijdt aan een stofwisselingsstoornis	→	Ga naar onderdeel B van dit formulier
3b. Verzekerde lijdt aan een voedselallergie	→	Ga naar onderdeel B van dit formulier
3c. Verzekerde lijdt aan een resorptiestoornis	→	Ga naar onderdeel B van dit formulier
3d. Verzekerde lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop	→	Ga naar onderdeel B van dit formulier
3e. Verzekerde, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, is aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat	→	Ga naar onderdeel B van dit formulier
3f. Verzekerde lijdt aan geen van de hierboven genoemde indicaties	→	Aflevering ten laste van zorgverzekering NIET akkoord

## B. Product en dosering

Type dieetpreparaat / dieetpreparaten

Dosering (bijvoorbeeld aantal flesjes of milliliter of gram per dag)


## C. Behandeldoelstelling (inclusief verwachte duur van het gebruik)


## D. Bepaling van de periode

Type aanvraag en indicatie	Door voorschrijver aan te kruisen welk antwoord van toepassing is	Periode
4. Het betreft een eerste aanvraag voor indicatie 3b, 3c, 3d of 3e	<input type="checkbox"/> Ja	1 maand ten laste van de zorgverzekeraar
	<input type="checkbox"/> Nee	Ga naar vraag 5
5. Het betreft een eerste of verlengingsaanvraag voor indicatie 3a	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 1 maand ten laste van de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> 3 maanden ten laste van de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> 6 maanden ten laste van de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> 12 maanden ten laste van de zorgverzekeraar
	<input type="checkbox"/> Nee	Ga naar vraag 6
6. Het betreft een verlengingsaanvraag voor indicatie 3b, 3c, 3d of 3e	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 1 maand ten laste van de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> 3 maanden ten laste van de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> 6 maanden ten laste van de zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> 12 maanden ten laste van de zorgverzekeraar

## Deze verklaring is naar waarheid ingevuld door de voorschrijver:

Datum afgifte formulier

Handtekening voorschrijver

In te vullen door afleveraar:

Afgeleverd ten laste van zorgverzekeraar

Handtekening afleveraar

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 Promovendum, t.a.v. Team Medisch Advies, Postbus 1815, 3800 BV Amersfoort.

De gecontracteerde zorgverleners voor de levering van dieetpreparaten zijn te vinden op onze website.

## Toelichting voorschrijver bij het invullen van de Verklaring Dieetpreparaten

Hieronder volgt een toelichting voor de voorschrijver ten behoeve van het invullen van de Verklaring Dieetpreparaten.

Voor het verstrekken van de gegevens aan de gecontracteerde afleveraars vraagt u vooraf toestemming aan de verzekerde. Indien deze (bijvoorbeeld om privacyoverwegingen) de gegevens niet aan de afleveraar wil verstrekken kunt u het formulier ook rechtstreeks naar ons sturen. Kijk voor het adres in de verzekeringsvoorwaarden of op onze website.

Onderdeel Verklaring	Aanvullende toelichting
Gegevens verzekerde	Vul de gegevens van de verzekerde volledig in. Indien de verzekerde niet over een e-mailadres beschikt hoeft dit veld niet gevuld te worden.
Gegevens voorschrijver	Vul uw gegevens volledig in.
A. Beoordeling aanspraak	Hier kruist u aan welk antwoord op vraag 1, 2 en 3 van toepassing is.
B. Product en dosering	Hier vult u het type dieetpreparaat / de dieetpreparaten in. Daarnaast geeft u aan wat de dosering is. Bijvoorbeeld: 2 flesjes van 200 ml per dag.
C. Behandeldoelstelling (inclusief de verwachte duur van het gebruik)	Hier geeft u aan wat u beoogt te bereiken met het behandelen van de verzekerde met behulp van het dieetpreparaat / de dieetpreparaten. Daarnaast geeft u aan hoe lang u verwacht dat de verzekerde het preparaat dient te gebruiken.  Bijvoorbeeld: In veld B heeft u ingevuld bij type dieetpreparaat: Energieverrijkte drinkvoeding op melkbasis smaak aardbei - koffie - banaan. Dosering: 2 maal daags een flesje van 200 ml. Behandeldoelstelling: gewichtsbehoud. Verwachte duur van het gebruik: 3 maanden.
D. Bepaling van de periode	Hier vult u in of het een eerste of verlengingsaanvraag betreft.
Datum afgifte en ondertekening	Hier vult u de datum in waarop u de Verklaring Dieetpreparaten verstuurt naar de afleveraar van dieetpreparaten. Vervolgens ondertekent u de Verklaring Dieetpreparaten.