

Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten

(niet voor aanvraag van parenterale voeding)

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

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

A. Gegevens verzekerde (vul de gevraagde gegevens volledig in)

Naam	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekersnummer	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>		

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)

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat	Kolom 1*	Kolom 2*
1 de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding	<input type="checkbox"/> ja, NIET mogelijk, ga naar 2 <input type="checkbox"/> nee, WEL mogelijk	XO
2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding	<input type="checkbox"/> ja, NIET mogelijk, ga naar 3 <input type="checkbox"/> nee, WEL mogelijk	XO
3 De verzekerde lijdt aan:		
a. een stofwisselingsstoornis	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee, ga naar 3b	
b. 1. een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest (Dieetpreparaat voorgeschreven door: (JGZ- Kinder)-arts) Datum afname provocatietest: _____	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 3b2 <input type="checkbox"/> nee, ga naar 3c	
2. Verzekerde is jonger dan twee jaar	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee	XO
c. een koemelkeiwitallergie, waarbij niet geprovoceerd kan worden door ernst van de reactie of meervoudige voedselallergie bij kinderen en volwassenen gediagnostiseerd door: kinderarts, kinderarts-allergoloog, kinder-MDL-arts, allergoloog, MDL-arts) Diagnose: _____	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee, ga naar 3d	
d. een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee, ga naar 3e	
e. een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee, ga naar 4	
4 Of de verzekerde is, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat.	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee	XO

* Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan.

Let op: dit formulier is alleen geldig indien pagina 1 en 2 volledig zijn ingevuld.

Naam voorschrijver: _____

Datum: _____

Paraaf: _____

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat	Kolom 1*	Kolom 2*
5 Als de behandelaar van de verzekerde wens ik het type dieetpreparaat: _____ in de dosering: ** _____ voor te schrijven voor de duur van: <input type="checkbox"/> _____ dagen <input type="checkbox"/> 1 maand <input type="checkbox"/> 2 maanden <input type="checkbox"/> 3 maanden <input type="checkbox"/> 6 maanden <input type="checkbox"/> 12 maanden <input type="checkbox"/> sondevoeding voor onbepaalde tijd		

C. Handtekening arts/diëtist (zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening)

Naam
(bij 3b/c Medisch Specialist/JGZ-arts/arts)

Praktijkadres
(bij 3b/c Medisch Specialist/JGZ-arts/arts)

Telefoon

Datum

Handtekening arts/diëtist

D. In te vullen door apotheekhoudende of andere leverancier

Hierbij wordt verklaard dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie

- a. is afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
- b. is afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
- c. NIET is afgeleverd

AGB code

Datum

Naam apotheekhoudende/
leverancier

Handtekening

* Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan.

** Voor indicaties genoemd bij 3b geldt een maximum aanvraag van 6 mnd en hoeveelheid van 1000ml per dag, vrije aminozuren voedingen kunnen niet worden aangevraagd.