

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

Geboortedatum Verzekerdenummer

Adres

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 Datum afname provocatietest: 2. Verzekerde is jonger dan twee jaar	<input type="checkbox"/> ja, ga naar 3b2 <input type="checkbox"/> nee, ga naar 3c <input type="checkbox"/> ja, ga naar 5 <input type="checkbox"/> nee	XO
c. een voedselallergie	<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
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	< 01 01 02 03 06 12

* 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 hoeveelheid van 1000ml per dag.

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

Naam voorschrijver: _____

Datum: _____

Paraaf: _____

Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten

(niet voor aanvraag van parenterale voeding)

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

Naam

Praktijkadres

Telefoon

Datum

Handtekening arts/diëtist

D. In te vullen door apothekhoudende 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 apothekhoudende/
leverancier

Handtekening