

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 verklaring dieetpreparaten wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Zie <http://www.znformulieren.nl>

Versie: 6.0 Ingangsdatum: 1 april 2022		* betekenis Kolom 1 en 2 hieronder: 1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen wel aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. 2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan; uitleg zie Apotheekinstructie.		
A) VERZEKERDEGEGEVENS Vul de gevraagde gegevens volledig in				
Naam:	_____	Straat:	_____	
Geboortedatum:	_____	Postcode:	_____	
Verzekernummer:	_____	Woonplaats:	_____	
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:			
3a1	Een voedselallergie met milde klachten, gediagnosticeerd op datum _____ conform huidige behandelrichtlijnen, middels;			
	1.een afgeronde eliminatie-herintroductiefase onder begeleiding van arts/diëtist	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3a1.2		
	2.sensibilisatieonderzoek (alleen in de 2e en 3e lijn)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3a1.3		
	3.na uitslag voedselprovocatie-test	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3a2		
3a2	Een voedselallergie met ernstige /persisterende klachten, gediagnosticeerd op datum _____ door medisch specialist**. Waarvoor eHF/peptidenvoeding OF AA/ aminozuurvoeding, ongeacht volume of leeftijd noodzakelijk is.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b		
3b	Een resorptiestoornis.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c		
3c	Een stofwisselingsstoornis.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d		
3d	Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3e		
3e	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 4 <input type="checkbox"/> NEE,		XM
4	Als de behandelaar van de verzekerde, wens ik het type dieetpreparaat: _____ in de dosering***: _____ voor te schrijven voor de duur van: Bij indicatie 3a1 max 6 maanden per aanvraag	_____ 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 02 03 06 12 00	

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 APOTHEEKHOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER

Hierbij wordt verklaard dat het voorgeschreven dieetpreparaat o.b.v. deze verklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:

a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
 c) NIET afgeleverd

AGB code: _____

Datum: _____

Naam apotheekhoudende/leverancier: _____

Handtekening:

Uitleg **, *** en tekens

** een Kinderarts/ Kinderarts allergoloog/ Internist allergoloog-immunoloog/ Kinderarts MDL/ MDL arts

*** Waarvoor bij 3a1 voedselallergie met milde klachten; eHF/ peptidenvoeding, volume tot 1 jaar gemaximeerd tot 1000 ml per dag, tussen 1 en 2 jaar volume gemaximeerd tot 500 ml per dag. Vanaf de leeftijd van 24 maanden is een individuele machtigingsaanvraag noodzakelijk, via **XM**.

Voor de volledige uitleg van dit formulier; zie de gebruikershandleiding.

XO Uitleg; zie apotheekinstructie

XM Uitleg; zie apotheekinstructie

LET OP: dit formulier is alleen geldig indien pagina 1 en 2 volledig zijn ingevuld