

VERKLARING

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

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.

C HANDTEKENING ARTS/DIËTIST
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde
handtekening

type dieetpreparaat: dosering:

POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld

NB: Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op de websites van de vermelde zorgverzekeraars.

INGANGSDATUM: 01-01-2016
NUMMER: 001

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

		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		X0
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		X0
3 verzekerde lijdt aan:			
3a een stofwisselingsstoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b		
3b een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c		
3c een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <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 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4		
4 de verzekerde, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, is aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, andere indicatie*		X0
5 als de behandelaar van de verzekerde, wens ik nu (herhaling is mogelijk) voor te schrijven voor de duur van:	<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"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 12	

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts/diëtist:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER

Hierbij wordt verklaart dat het voorgeschreven dieetpreparaat o.b.v deze artsverklaring 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:

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

2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.

3. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

4. Voor eventuele aanvullende instructies bij: "NEE, andere indicatie", kijkt u op www.znformulieren.nl.

a.s.r.
de nederlandse
verzekerings
maatschappij
voor alle
verzekeringen

