

BIJLAGE 2D: AANVRAAGFORMULIER DIEET- PREPARAAT ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR

VERKLARING NB: Dit formulier is bestemd voor de leverancier of apotheek, niet naar de zorgverzekeraar of ZN sturen!	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	
POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEET-APARATEN NB: Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op www.znformulieren.nl	type dieetpreparaat: doserings:	Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat			Deze verklaring is naar waarheid ingevuld
VERSIE: 20 INGANGSDATUM: 01-09-2009 NUMMER: 001	1 de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding	☐ JA, NIET, mogelijk, ga naar 2 ☐ NEE, WEL mogelijk	kolom 1e	kolom 2e XO	naam: praktijkadres: telefoon: datum: handtekening arts/diëtist:
A VERZEKERDE-GEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in naam: geboortedatum: verzekernummer: adres:	2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van bijzondere voeding	☐ JA, NIET, mogelijk, ga naar 3 ☐ NEE, WEL mogelijk	kolom 1e	kolom 2e XO	D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK OF ANDERE LEVERANCIER
ruimte voor patiëntenetiket/ polsbandje	3 verzekerde lijdt aan: 3a een stofwisselingsstoornis	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE, ga naar 3b	kolom 1e	kolom 2e	Het voorgeschreven dieetpreparaat is o.b.v. deze verklaring en de bijbehorende afleveringsinstructie:
	3b en voedselallergie	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE, ga naar 3c	kolom 1e	kolom 2e	☐ a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar. ☐ b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar ☐ c) NIET afgeleverd
	3c een resorptiestoornis	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE, ga naar 3d	kolom 1e	kolom 2e	AGB code apotheek/leverancier:
	3d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE, ga naar 4	kolom 1e	kolom 2e	datum: handtekening
	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.	☐ JA, ga naar 5 ☐ NEE, andere indicatie*	kolom 1e	kolom 2e XO	
	5 als de behandelaar van de verzekerde, wens ik nu (herhaling is mogelijk) voor te schrijven voor de duur van:	☐ 1 maand ☐ 2 maanden ☐ 3 maanden ☐ 6 maanden ☐ 12 maanden	☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 06 ☐ 12		★ 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