

# 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: 4.0

Ingangsdatum: 1 januari 2018

Publicatiedatum: 16 januari 2018

\* 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.

## A) VERZEKERDEGEDEVENS. Vul de gevraagde gegevens volledig in

Naam:

Geboortedatum:

Verzekernummer:

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<br><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<br><input type="checkbox"/> NEE, WEL mogelijk   | XO                                |
| 3  | De verzekerde lijdt aan:   |   |                                   |
| 3a   | een stofwisselingsstoornis   | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b  |                                   |
| 3b   | 1. een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest.<br>Datum afname provocatietest:<br>2. Verzekerde is jonger dan twee jaar  | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 3b2<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c<br><br><input type="checkbox"/> JA, ga naar 5<br><input type="checkbox"/> NEE,                                     | XO                                |
| 3c   | Een voedselallergie  | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d  |                                   |
| 3d   | Een resorptiestoornis  | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3e  |                                   |
| 3e   | Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop   | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 5<br><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<br><input type="checkbox"/> NEE,   | XO                                |
| 5  | als de behandelaar van de verzekerde, wens ik het type dieetpreparaat:<br>in de dosering**:<br>voor te schrijven voor de duur van:<br><br>** Voor indicaties genoemd bij 3b geldt een maximum hoeveelheid van 1000ml per dag | .....dagen<br><input type="checkbox"/> 1 maand<br><input type="checkbox"/> 2 maanden<br><input type="checkbox"/> 3 maanden<br><input type="checkbox"/> 6 maanden<br><input type="checkbox"/> 12 maanden | <01<br>01<br>02<br>03<br>06<br>12 |

**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 APOTHEEK-HOUDENDE 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: