

VERKLARING

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

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

POLYMEER, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen)
verklaring wordt geaccepteerd door de
zorgverzekeraar. Controleer dit op
www.menzis.nl/zorgaanbieders/formulieren

VERSIE: 1.0

INGANGSDATUM: 01-01-2015

NUMMER: 001

A VERZEKERDEGEGEVENS vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

BSN-nummer:

telefoon:

ruimte voor patiënetiket/ponsplaatje

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

1 de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding

JA, NIET mogelijk, ga naar 2

NEE, WEL mogelijk

2 EN omdat de verzekerde niet kan uitkomen met andere producten van
bijzondere voeding

JA, NIET mogelijk, ga naar 3

NEE, WEL mogelijk

3 **verzekerde lijdt aan:**

3a een stofwisselingsstoornis

JA, ga naar 5

NEE, ga naar 3b

3b een voedselallergie (let op: voor koemelkeiwitallergie geldt dat alleen JA
mag worden ingevuld op basis van een uitkomst van een dubbelblinde
placebogecontroleerde allergie test (DBPGVP)

JA, ga naar 5

NEE, ga naar 3c

3c een resorptiestoornis

JA, ga naar 5

NEE, ga naar 3d

3d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde,
ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop

JA, ga naar 5

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.

JA, ga naar 5

NEE, andere indicatie

5 Betreft het een eerste voorschrift? (definitie: Gebruikt de verzekerde
dit middel voor het eerst in de thuissituatie, waarbij het niet in de
afgelopen 6 maanden gebruikt is)

JA, ga naar 6a

NEE, ga naar 6b

6a Bevat het voorschrift een generieke omschrijving van het product?

JA

NEE, ga naar 6 d

6b Het betreft een verlengingsaanvraag voor een levenslange indicatie

JA

NEE, ga naar 6 c

6c. Verlengingsaanvraag voor:

1 maand

3 maanden

6 maanden

6d Is er een valide omschrijving waarom een specifiek voorgeschreven
product medisch noodzakelijk is? (toelichting verplicht op recept)

JA

NEE

kolom
1*

kolom
2*

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

AGB code:

datum:

handtekening arts/diëtist:

D IN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE OF ANDERE
LEVERANCIER

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

a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar

b) afgeleverd, NIET ten laste van de
zorgverzekeraar

c) NIET is afgeleverd

AGB code:

datum:

Naam apotheekhoudende/leverancier:

handtekening:

*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 1** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier niet aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.
- Onder generiek wordt verstaan: een algemene omschrijving van het dieetpreparaat zoals energieverrijkt of hypoallergene voeding.

01

12

01

03

06

01

X0

X0

X0

X0