

## Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN

(uitsluitende voor aanvraag van orale drinkvoeding, niet voor sondevoeding of parenterale voeding)

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

Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

Versie: 4.0

Ingangsdatum: 1 januari 2018

Publicatiedatum: 13 december 2017

\* 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:

### 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:		
3a	een stofwisselingsstoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b	
3b	1. een koemelkeiwitallergie, vastgesteld met een provocatietest. Datum afname provocatietest: 2. Verzekerde is jonger dan twee jaar	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3b2 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c  <input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE,	XO
3c	Een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d	
3d	Een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <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 4 <input type="checkbox"/> NEE	XO
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,	XO
5	als de behandelaar van de verzekerde, wens ik het type dieetpreparaat:  in de dosering:(1) voor te schrijven voor de duur van:	.....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	<01 01 02 03 06 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**  
(uitsluitende voor aanvraag van orale drinkvoeding, niet voor sondevoeding of 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 geneesmiddel 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 afgeleverd

AGB code:

Datum:

Naam Apotheekhoudende/leverancier:

Handtekening: