

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: 22 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 5 <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 5 <input type="checkbox"/> NEE,	XO
3c	Een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d	
3d	Een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <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 <input type="checkbox"/> NEE	XO
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 <input type="checkbox"/> NEE,	XO
5	als de behandelaar van de verzekerde, wens ik het type dieetpreparaat: in de dosering**: voor te schrijven voor de duur van: ** Voor indicaties genoemd bij 3b geldt een maximum hoeveelheid van 1000ml per dagdagen <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
(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:

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



VERSIE: 4 INGANGSDATUM: 01-01-2018 NUMMER: 001

STAP 1 CONTROLE VAN DE VERKLARING

1.1	deel A (Verzekerdegegevens) is volledig ingevuld	<p>JA, ga naar 1.2</p> <p>NEE, vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga door naar 1.2) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver verzekerdegegevens alsnog VOLLEDIG in te vullen</p>
1.2	bij deel B heeft voorschrijver 1 optie per vraag aangekruist EN er zijn geen toevoegingen/correcties aangebracht	<p>JA, ga naar 1.3</p> <p>NEE, retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver een nieuwe verklaring CORRECT in te vullen</p>
1.3	deel C is volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend	<p>JA, ga verder naar STAP 2</p> <p>NEE, vul aan <i>indien mogelijk</i> (en ga door naar STAP 2) OF retourneer aan verzekerde met verzoek aan voorschrijver alsnog zorg te dragen voor juiste, leesbare en gedateerde ondertekening van verklaring</p>

STAP 2 BEPAAL VERGOEDINGS-CODE VERKLARING DEEL B

Hanteer voor de aangekruiste vergoedingscode (kolom 1 & 2) onderstaande tabel

code	verklaring vergoedingscodes	
X0	Niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 4.2
XZ	Niet afleveren ten laste van de zorgverzekeraar (ten laste budget ziekenhuis)	ga naar STAP 4.2
01	1 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
02	2 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
03	3 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
06	6 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
12	12 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
24	24 maanden ten laste van de zorgverzekeraar	ga naar STAP 3
∞	Ten laste van de zorgverzekeraar, zonder einddatum	ga naar STAP 3

STAP 3 AANVULLENDE CONTROLES

3.1	geen aanvullende controles	ga naar STAP 4
------------	----------------------------	-----------------------

STAP 4 AFRONDING

4.1	lever af overeenkomstig de tabel bij STAP 2	ga naar 4.2
4.2	vul deel D van de verklaring in	ga naar 4.3
4.3	<p>a) <i>afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar</i></p> <p>b) <i>afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar</i></p> <p>c) <i>NIET afgeleverd</i></p>	<p>archiver de verklaring voor eventuele latere controle door zorgverzekeraar</p> <p>geef verklaring retour aan verzekerde</p> <p>geef verklaring retour aan verzekerde</p>