

# Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE MONOMERE 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: 8.0

Ingangsdatum: 1 juli 2022

\* 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; uitleg zie Apotheekinstructie.

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

Naam:.....Straat:.....

Geboortedatum:.....BSNnr.....Postcode.....

Verzekerdnummer:.....Woonplaats.....

## 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	X0
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	X0
3	De verzekerde lijdt aan:		
3a1	Een voedselallergie met <b>milde klachten, gediagnosticeerd</b> op datum ____-____-____ conform huidige behandelrichtlijnen, middels;		
	1.een afgeronde eliminatie-herintrafuctiefase onder begeleiding van arts/diëtist	<input type="checkbox"/> Ja, ga naar 4 <input type="checkbox"/> Nee, ga naar 3a1.2	
	2.sensibilisatieonderzoek (alleen in de 2e en 3e lijn)	<input type="checkbox"/> Ja, ga naar 4 <input type="checkbox"/> Nee, ga naar 3a1.3	
	3.na uitslag voedselprovoeatietest	<input type="checkbox"/> Ja, ga naar 4 <input type="checkbox"/> Nee, ga naar 3a2	
3a2	Een voedselallergie met <b>ernstige/persisterende klachten, gediagnosticeerd</b> op datum __-__-__ door medisch specialist**. Waarvoor eHF of AA, ongeacht volume of leeftijd noodzakelijk is.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b	
3b	Een resorptiestoornis.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c	
3c	Een stofwisselingsstoornis.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d	
3d	Een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico daarop.	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3e	
3e	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 4 <input type="checkbox"/> NEE,	XM
4	Als de behandelaar van de verzekerde, wens ik het type dieetpreparaat: _____ in de dosering***:_____ 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 <input type="checkbox"/> Sondevoeding voor onbepaalde tijd	01 02 03 06 12 00
<b>Bij indicatie 3a1 max 6 maanden per aanvraag</b> <b>LET OP:</b> Dit formulier is alleen geldig indien pagina 1 en 2 volledig zijn ingevuld Naam voorschrijver: _____ datum: _____			

**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:

**Uitleg \*\*, \*\*\* en tekens**

\*\*een Kinderarts/ Kinderarts allergoloog/ Internist allergoloog-immunoloog/ Kinderarts MDL/ MDL arts

\*\*\* Waarvoor bij 3a1 voedselallergie met milde klachten; de eHF voeding in volume tot 1 jaar gemaximeerd wordt tot 1000 ml per dag, tussen 1 en 2 jaar volume gemaximeerd tot 500 ml per dag. Vanaf de leeftijd van 24 maanden is een individuele machtigingsaanvraag noodzakelijk, via **XM**.

Voor de volledige uitleg van dit formulier; zie de gebruikershandleiding.

**X0** Uitleg; zie apotheekinstructie

**XM** Uitleg; zie apotheekinstructie