

# 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) VERZEKERDEGEGEVENS. Vul de gevraagde gegevens volledig in

Naam:.....Straat:.....  
Geboortedatum:.....BSNnr.....Postcode.....  
Verzekerdennummer:.....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<br><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<br><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-herintroductiefase onder begeleiding van arts/diëtist                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja, ga naar 4<br><input type="checkbox"/> Nee, ga naar 3a1.2                                                                                                                                                                                 |                                  |
|                                                                                                                                                                                               | 2.sensibilisatieonderzoek (alleen in de 2e en 3e lijn)                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja, ga naar 4<br><input type="checkbox"/> Nee, ga naar 3a1.3                                                                                                                                                                                 |                                  |
|                                                                                                                                                                                               | 3.na uitslag voedselprovocatietest                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ja, ga naar 4<br><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<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b                                                                                                                                                                                    |                                  |
| 3b                                                                                                                                                                                            | Een resorptiestoornis.                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 4<br><input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c                                                                                                                                                                                    |                                  |
| 3c                                                                                                                                                                                            | Een stofwisselingsstoornis.                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> JA, ga naar 4<br><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<br><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<br><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<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<br><input type="checkbox"/> Sondevoeding voor onbepaalde tijd | 01<br>02<br>03<br>06<br>12<br>00 |
| <b>Bij indicatie 3a1 max 6 maanden per aanvraag</b><br><b>LET OP:</b><br>Dit formulier is alleen geldig indien pagina 1 en 2 volledig zijn ingevuld<br>Naam voorschrijver: _____ datum: _____ |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Verklaring POLYMERE, OLIGOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN</b><br>(Niet voor aanvraag van parenterale voeding)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>C) Handtekening Arts/Diëtist (zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |
| Naam:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| Praktijkadres:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| Telefoon:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Datum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
| Handtekening arts/diëtist:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>D) IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK-HOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          |
| Hierbij wordt verklaard dat het voorgeschreven dieetpreparaat o.b.v deze verklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar<br><input type="checkbox"/> b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar<br><input type="checkbox"/> c) NIET afgeleverd |
| AGB-code:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Datum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
| Naam Apotheekhoudende/leverancier:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |
| Handtekening:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Uitleg **, *** en tekens</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                          |
| <p>**een Kinderarts/ Kinderarts allergoloog/ Internist allergoloog-immunoloog/ Kinderarts MDL/ MDL arts</p> <p>*** 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 <b>XM</b>.</p> <p>Voor de volledige uitleg van dit formulier; zie de gebruikershandleiding.</p> <p><b>X0</b> Uitleg; zie apotheekinstructie</p> <p><b>XM</b> Uitleg; zie apotheekinstructie</p> |                                                                                                                                                                                                          |
| <div> <div>© 2022</div> <div>  <div>             Zorgverzekeraars<br/>Nederland           </div> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                          |