

1 Verzekerde gegevens

Naam en voorletters

Geboortedatum

BSN nummer

Adres

Telefoonnummer*

E-mailadres*

* optioneel

Ruimte voor ponsplaatje*

2 Indicatiestelling (in te vullen door diëtist, behandelend specialist of consultatieburo-arts)

- a** Kan de verzekerde uitkomen met aangepaste normale voeding? Ja, geen vergoeding dieetpreparaat
 Nee, ga naar 2b
- b** Kan de verzekerde uitkomen met producten van bijzondere voeding? Ja, geen vergoeding dieetpreparaat
 Nee, ga naar 3

3 Verzekerde lijdt aan een:

a stofwisselingsstoornis zoals (niet limitatief):

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: | <input type="checkbox"/> Aminozuurstofwisselingsstoornissen zoals PKU, maple-syrupurineziekte etc. | Voorgeschreven dieetduur |
| | <input type="checkbox"/> Koolhydraatstofwisselingsstoornissen; Galactosemie, Glycogeenstapelingsziekten etc. | <input type="checkbox"/> 1 maanden |
| | <input type="checkbox"/> Vetzuurstofwisselingsstoornissen of stapelingsziekten: a- β -lipoproteïnemie etc. | <input type="checkbox"/> 3 maanden |
| | <input type="checkbox"/> Ademhalingsketendefecten | <input type="checkbox"/> 6 maanden |
| | <input type="checkbox"/> Uitscheidingsziekten zoals nierinsufficiëntie (met name bij kleine kinderen). | <input type="checkbox"/> 12 maanden |
| | <input type="checkbox"/> Anders, nl: <input type="text"/> | |

Nee, ga naar 3b.

b een voedselallergie:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, vul allergie in: <input type="text"/> | Voorgeschreven dieetduur |
| <input type="checkbox"/> Aangetoond middels provocatie / eliminatietest (uitgevoerd door CB arts / kinderarts / diëtist) | <input type="checkbox"/> 1 maand |
| | <input type="checkbox"/> 3 maanden |
| | <input type="checkbox"/> 6 maanden |
| <input type="checkbox"/> Anders, nl: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 12 maanden |

Nee, ga naar 3c.

c een resorptiestoornis:

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: | <input type="checkbox"/> Stoornis: <input type="text"/> | Voorgeschreven dieetduur |
| | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 1 maanden |
| | | <input type="checkbox"/> 3 maanden |
| | | <input type="checkbox"/> 6 maanden |
| | | <input type="checkbox"/> 12 maanden |

Nee, ga naar 3d.

> Ga verder op de achterzijde

d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico erop¹

Ja,

Gebruikt screeninginstrument:

Aandoening:

Voorgeschreven dieetduur

1 maanden

3 maanden

6 maanden

12 maanden (enkel bij
chronische aandoening
en/of langdurig gebruik
sondevoeding)

Nee, ga naar 4.

4 Richtlijn

De verzekerde, overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard, is aangewezen op een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat

Vul de richtlijn in:

Voorgeschreven dieetduur

1 maanden

3 maanden

6 maanden

12 maanden

5 Behandeling (in te vullen door diëtist, CB-arts of behandelend specialist)

a Type dieetpreparaat

Generiek: nl....

Merk specifiek: nl....

1

1

2

2

...

...

b Dosering dieet

... x daags ... ml

--

of ...x daags ... gr

--

6 Ondertekening

Deze verklaring is naar waarheid ingevuld.

Naam diëtist of

--

Naam specialist of

--

Naam CB arts

--

AGB-code

--

Praktijkadres

--

Telefoon

--

Handtekening en datum

--

Aflevering : de eerste keer wordt door de leverancier, voor een periode van 14 dagen een startpakket, bestaande uit verschillende merken en smaken afgeleverd. Daarna wordt voor maximaal 4 weken ineens afgeleverd.

¹ conform de LESA verwijzen huisartsen alle patiënten met ondervoeding naar de diëtist. De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Ondervoeding is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).