

VERKLARING		B IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND ARTS OF DIËTIST doorloop inderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C' Toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig		C HANDTEKENING ARTS/DIËTIST Zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening	
NB: Dit formulier is bestemd voor de leverancier of apotheek, niet naar Stad Holland Zorgverzekeraar sturen!		Type dieetpreparaat: <input type="text"/>	Dosering: <input type="text"/>	Deze verklaring is naar waarheid ingevuld	
POLYMERE, OLIGOMERE, MONOMERE OF MODULAIRE DIEETPREPARATEN		Een polymeer, oligomeer, monomeer of modulair dieetpreparaat is voorgeschreven omdat		Kolom 1*	Kolom 2*
NB: Uitsluitend de laatste versie van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <a href="http://www.stadholland.nl/Zorgverleners/Formulieren">http://www.stadholland.nl/Zorgverleners/Formulieren</a>		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		<input checked="" type="checkbox"/>
VERSIE: 3.1 INGANGSDATUM: 12-03-2015 NUMMER: 001		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		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>A VERZEKERDEGEGEVENS</b> Vul de gevraagde gegevens volledig in		3 verzekerde lijdt aan:			
		3a een stofwisselingsstoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3b		
<b>Naam:</b> <b>Geboortedatum:</b> <b>Verzekerdenummer:</b> <b>BSN nummer:</b> <b>Adres:</b>		3b een voedselallergie	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3c		
		3c een resorptiestoornis	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 3d		
Ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje		3d een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4		
		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, andere indicatie*		<input checked="" type="checkbox"/>
		5a Het betreft een eerste aanvraag.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5b Het betreft een verlengingsaanvraag voor een levenslange indicatie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 5c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5c Verlengingsaanvraag voor:	<input type="checkbox"/> 1 maand <input type="checkbox"/> 3 maanden <input type="checkbox"/> 6 maanden <input type="checkbox"/> 12 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<b>D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEKHOUDENDE OF ANDERE LEVERANCIER</b>  Hierbij wordt verklaart dat het voorgeschreven dieetpreparaten o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:	
				<input type="checkbox"/> a) afgeleverd, ten laste van Stad Holland Zorgverzekeraar  <input type="checkbox"/> b) afgeleverd, NIET ten laste van Stad Holland Zorgverzekeraar  <input type="checkbox"/> c) NIET is afgeleverd	
				<b>AGB code:</b>  <b>Datum:</b>  <b>Naam apotheekhoudende/leverancier:</b>  Handtekening:	
				<b>*</b>  1. Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen <b>wel</b> aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in <b>nummer 1</b> van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. 2. Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier <b>niet</b> aan.	