

# Verklaring polymere, oligomere, monomere of modulaire dieetpreparaten

## ○ Verklaringsformulier

### Let op!

Sla dit formulier eerst op bij uw documenten op uw computer. Vul daarna het formulier in.

Dit verklaringsformulier moet worden ingevuld door een diëtist, een behandelend specialist of ConsultatieBureau -arts.

### 1 Verzekerde gegevens

Naam \_\_\_\_\_ Man  Vrouw   
 Geboortedatum \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_  
 Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer vast \_\_\_\_\_  
 mobiel \_\_\_\_\_  
 E-mailadres\* \_\_\_\_\_  
 Relatienummer \_\_\_\_\_  
*\*optioneel*

### 2 Indicatiestelling

#### 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):

Ja, namelijk       Anders, nl _____	Aminozuurstofwisselingsstoornissen zoals PKU, maple-syrupurineziekte etc  Koolhydraatstofwisselingsstoornissen; Galactosemie, Glycogeenstapelingsziekten etc  Vetzuurstofwisselingsstoornissen of stapelingsziekten: a- $\beta$ -lipoproteïnemie etc  Ademhalingsketendefecten  Uitscheidingsziekten zoals nierinsufficiëntie (met name bij kleine kinderen)	<b>Voorgescreven dieetduur:</b>  1 maand  3 maanden  3 maanden  12 maanden
--	--	--

Nee, ga naar 3b

# Verklaring polymere, oligomere, monomere of modulaire dieetpreparaten

<b>b. Een voedselallergie:</b>		<b>Voorgeschreven dieetduur:</b>
Ja, vul allergie in _____		1 maand
	Aangetoond middels provocatie/ eliminatietest (uitgevoerd door CB arts/ kinderarts/ diëtist) als de huisarts deze test uitvoert kan deze ook de verklaring ondertekenen	3 maanden
		6 maanden
		12 maanden
	Anders, nl _____	
Nee, ga naar 3c		
<b>c. Een resorptiestoornis:</b>		<b>Voorgeschreven dieetduur:</b>
Ja, namelijk _____	Stoornis _____	1 maand
		3 maanden
		6 maanden
		12 maanden
Nee, ga naar 3d		
<b>d. Een, via een gevalideerd screeninginstrument vastgestelde, ziekte gerelateerde ondervoeding of een risico erop <sup>1</sup>:</b>		<b>Voorgeschreven dieetduur:</b>
Ja, gebruikt screeningsinstrument _____		1 maand
		3 maanden
		6 maanden
		12 maanden
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 _____	<b>Voorgeschreven dieetduur:</b>
	1 maand
	3 maanden
	6 maanden
	12 maanden

## 5 Behandeling

<b>a. Type dieetpreparaat</b>	_____
Generiek, nl	1 _____ 2 _____
Merkspecifiek, nl	1 _____ 2 _____
<b>b. Dosering dieet</b>	_____ x daags _____ ml of _____ x daags _____ gr

# Verklaring polymere, oligomere, monomere of modulaire dieetpreparaten

## 6 Ondertekening

Uw verklaring  
Ik heb het formulier juist ingevuld.

Naam diëtist, specialist  
of CB-arts

---

AGB code

---

Praktijkadres

---

Telefoonnummer

---

Datum

---

Uw handtekening

---

### Handtekening<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Met een vink geeft u aan dat de bovenstaande gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

### 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.

### Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Sla het ingevulde formulier op bij uw documenten op uw computer.

- Stuur het formulier als bijlage mee per mail naar: [info.zorgverleners@fbto.nl](mailto:info.zorgverleners@fbto.nl)
- Of stuur het geprinte én ondertekende formulier per post naar:  
FBTO Zorg  
Postbus 318  
8901 BC Leeuwarden

<sup>1</sup> 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).

### Vragen?

Kijk op [fbto.nl](http://fbto.nl)  
of bel  
(058) 234 53 33

### Postadres

Postbus 318  
8901 BC Leeuwarden

FBTO is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V, KvK nr. 30208631, statutair gevestigd in Leeuwarden, Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK nr. 28080300, statutair gevestigd in Zeist en Achmea Schadeverzekeringen N.V., KvK nr. 08053410, statutair gevestigd in Apeldoorn.

FBTO is onderdeel van **achmea**