|  |
| --- |
| **AANVRAAG AAN DE ADVISEREND GENEESHEER VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING OM TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN VERSTREKKINGEN TOT DIABETESZELFREGULATIE VOOR ZORTGTRAJECTPATIËNTEN OF PATIËNTEN DIE EEN ZORGTRAJECTCONTRACT WILLEN SLUITEN 1** |

**IN TE VULLEN DOOR DE TYPE II-DIABETESPATIENT DIE EEN ZORGTRAJECT HEEFT GESLOTEN DAT NOG GELDIG IS OF VAN PLAN IS OM EEN DERGELIJK CONTRACT TE SLUITEN**

kleefbriefje aanbrengen a.u.b.

|  |
| --- |
|  |

**Ondergetekende**

**………………………………………(naam en voornaam)**

Kruis aan wat van toepassing is:

verklaart een zorgtrajectcontract diabetes te hebben gesloten dat nog geldig is.

heeft geen zorgtrajectcontract diabetes maar de intentie om er één te sluiten, na zijn hospitalisatie.

vraagt een tegemoetkoming aan voor de verstrekking(en) die hieronder word(t)(en) vermeld, die hem/haar werd voorgeschreven en uitgelegd en die hij/zij zal volgen.

Datum van aanvraag:………/………./…………..

Handtekening van de rechthebbende :

(+ naam en voornaam)

(ingeval het een gevolmachtigde is die de aanvraag doet en ondertekent : naam, relatie tot de rechthebbende en hoofdverblijfplaats - gemeente, straat en nummer - vermelden)

# IN TE VULLEN DOOR DE GECONVENTIONEERDE DIENST VOOR DIABETESZELFREGULATIE

**Identificatie van de geconventioneerde dienst Diabetologie :**

Nummer : 7.86. . . . . . . Naam en adres :

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon :

1 Formulier te gebruiken vanaf 1 juli 2016.

Voor de hierboven vermelde rechthebbende die beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 25, § 1 en § 2 van de met de dienst Diabetologie afgesloten overeenkomst, wordt de volgende verstrekking voorgeschreven 2:

**Ambulante educatie van de rechthebbende met een zorgtraject diabetes door het educatorenteam van de geconventioneerde inrichting op vraag van de huisarts** *(****attest van de huisarts als bijlage****)*

Mogelijke forfaits (*periode van 12 maanden)*:

**nieuwe rechthebbende : verhoogd jaarforfait (uniek) Pseudocode** **786030**

of

**andere rechthebbende : gewoon jaarforfait**  **Pseudocode** **786015**

Het betreft een:

**eerste voorschrift**

of

**verderzetting**

**Gevraagde periode voor deze verstrekking**:

van ……../………./………(dag waarop de educatie tot zelfregulatie effectief is gestart)

tot en met ……../………./……….(12 maanden vanaf begindatum).

**Aflevering zelfregulatiemateriaal aan een gehospitaliseerde rechthebbende zonder zorgtraject diabetes, met de intentie om na de hospitalisatie een zorgtrajectcontract diabetes te sluiten en die aan de inclusiecriteria ervan voldoet**

Onder voorbehoud dat er wordt voldaan aan alle voorwaarden die bepaald zijn door de overeenkomst, kan het materiaalforfait voor de betrokken rechthebbende aangerekend worden. **Pseudocode** **786100**

**Gevraagde periode (periode van 6 maanden) met betrekking tot het verstrekken van het zelfregulatiemateriaal:**

Van ….…/……..../……. (dag waarop tijdens de hospitalisatie met de educatie tot zelfregulatie wordt gestart)

tot en met ……../………/……. (6 maanden vanaf de begindatum).

2 Kruis aan wat van toepassing is.

Naam, handtekening en datum van de **verantwoordelijke arts of endocrino-diabetoloog van het geconventioneerd diabetesteam:**......................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………

Namen van de **andere** in de behandeling van de diabetes van de rechthebbende actief betrokken artsen:

* Artsen-specialisten……………………………………………………………………………………………
* Huisarts……………………………………………………………………………………………………………

# BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER

**Datum van ontvangst van deze aanvraag:** ……../………./………..

**Beslissing van de adviserend geneesheer 2:**

Gunstig voor de aangevraagde verstrekkingen en de aangevraagde periodes

Ongunstig omdat: …………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

Andere: ………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**Identificatie en handtekening van de adviserend geneesheer en datum van de beslissing:**

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………