

**AANVRAAG AAN DE ADVISEREND ARTS VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING OM TEGE-
MOETKOMING IN DE KOSTEN VAN REVALIDATIEVERSTREKKINGEN DOOR EEN
DERDELIJNS CURATIEVE DIABETISCHE VOETKLINIEK ¹**

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

kleefbriefje aanbrengen a.u.b.

vraagt een tegemoetkoming aan voor een curatief voetzorgprogramma voor diabetespatiënten.

Datum van aanvraag : / /

Handtekening van de rechthebbende

(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 DERDELIJNS CURATIEVE DIABETISCHE VOETKLINIEK:**Identificatie van de geconventioneerde derdelijns curatieve diabetische voetkliniek**

Nummer : 7.86.

Naam en adres :

.....

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon :

.....

.....

Voor de hierboven vermelde rechthebbende wordt een curatief voetzorgprogramma voor diabetespatiënten voorgeschreven van .. / .. / tot en met .. / .. /

- Het gaat om
- een diabetische rechthebbende met voetletsels die tevens **rechthebbende** is in het kader van de type-revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellitus-patiënten afgesloten met **het eigen diabetescentrum**.
 - een diabetische rechthebbende met voetletsels die tevens **rechthebbende** is in het kader van de type-revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellitus-patiënten afgesloten met een **ander diabetescentrum**.
 - een diabetische rechthebbende met voetletsels die geen rechthebbende is in het kader van de type-revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellitus-patiënten en
 - die een zorgtraject-contract heeft ondertekend of
 - die opgevolgd wordt in het kader van het zorgmodel van de verstrekking 400374 door de huisarts die zijn GMD beheert of door een huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert of
 - die opgevolgd wordt in het kader van het zorgmodel van de verstrekking 400396 door de arts van een medisch huis.
 - een diabetische rechthebbende met voetletsels die niet behoort tot één van de hierboven vermelde categorieën van rechthebbenden (tijdelijke rechthebbende voor een eenmalige periode van 3 maanden)

Naam, handtekening en datum van de **verantwoordelijke arts van de derdelijns curatieve diabetische voetkliniek:**

BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS

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

Beslissing van de adviserend arts :

þ gunstig van .. / .. /

þ ongunstig omdat

þ andere

Identificatie en handtekening van de adviserend arts en datum van de beslissing :

.....

.....