|  |
| --- |
| **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:**

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

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