

Ingangsdatum _____

Persoonsgegevens

Naam _____
Geboortedatum _____ Geslacht _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoon _____
E-mail _____
BSN _____
Zorgverzekeraar en polisnummer _____

Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige _____
Instelling _____ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____

Medische gegevens

Medische indicatie

DM Type 1 DM Type 2
 Diabetes Gravidarum, uiterekende datum _____

Therapie (verplicht invullen)

Alleen orale medicatie Maximale orale medicatie, overgang naar insulinertherapie
 1 x daags insulinertherapie 2 x daags insulinertherapie
 3 x daags of vaker insulinertherapie Insulinepomptherapie
 GLP-1* Injectie bij bijv. Saxenda, B12 etc.*

Test _____ keer per dag / Test _____ keer per week

Extra aantallen nodig (volledig invullen indien van toepassing)

Teststrips

Eenmalig _____ extra
 Tijdelijk extra teststrips tot _____
 Blijvend _____ extra teststrips per 3 maanden

Medische redenen extra aantallen (volledig invullen indien van toepassing)

Instellen start therapie Moeilijk instelbaar
 Anders, namelijk _____

*Vergoeding pennaalden is afhankelijk van de zorgverzekeraar, overige materialen worden NIET vergoed.

Aanvraagformulier diabetes (vervolg)

Thuislevering / Afwijkend afleveradres

Gevraagde artikelen

Aantal	Merk	Type
<input type="checkbox"/> Startpakket	_____	_____
<input type="checkbox"/> Prikpen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Teststrips	_____	_____
<input type="checkbox"/> (Veiligheids)lancetten	_____	_____
<input type="checkbox"/> (Veiligheids)insulinaalden	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insulinepen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overig	_____	_____

Afwijkend afleveradres

Indien afwijkend afleveradres

Naam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Opmerking

Kenmerken cliënt

Heeft u lichamelijke beperkingen?

- Nee
- Ja, namelijk _____

Heeft u cognitieve beperkingen?

- Nee
- Ja, namelijk _____

Heeft u allergieën?

- Nee
- Ja, namelijk _____

Omschrijf hulpmiddelen die worden voorgeschreven/geadviseerd

Merk _____

Type _____

Maat _____

Verwacht frequentie materiaal _____

Extra informatie _____