

## Verantwoordingsformulier

# Diabetes hulpmiddelen

### Patiënt gegevens

Naam \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_  M  V  
Adres \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_  
PC en Plaats \_\_\_\_\_ BSN \_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_

### Medische indicatie:

Diabetes Type I  LADA  Zwangerschapsdiabetes  
 Diabetes Type II  MODY  Anders, nl \_\_\_\_\_

### Benodigde diabetes testhulpmiddelen en injectiemateriaal volgens categorie:

#### Algemeen

- A Ingesteld op maximale orale medicatie en mogelijke overgang naar insulinetherapie  
 B Insulinetherapie met 1 of 2 insuline-injecties per dag  
 C Insulinetherapie met 3 of meer insuline-injecties per dag  
 D1 Conventionele pomp (alleen aan te vragen via tweedelijns zorgverleners)  
 D2 Patch pomp (alleen aan te vragen via tweedelijns zorgverleners)

### Materialen die voor vergoeding in aanmerking komen:

Cat:	Soort:	Cat:	Soort:
A-B-C-D	Bloedglucosemeter - 1 per 3 jaar	B-C-D	Pennaalden
A-B-C-D	Teststrips	B-C-D	Insulinepen
A-B-C-D	Prikpen - 1 per 2 jaar	C	FGM (CGM alleen aan te vragen via tweedelijns zorgverleners)
A-B-C-D	Lancetten	D	Pomptoebehoren

### Meerverbruik hulpmiddelen

Meerverbruik teststrips  Einddatum: \_\_\_\_\_ Aantal teststrips nodig per kwartaal: \_\_\_\_\_  
Medische motivatie: \_\_\_\_\_

### Soort materiaal:

MSS pakket volwassenen\* Merk: \_\_\_\_\_  
 MSS pakket kind\* Merk: \_\_\_\_\_  
 Flash Glucose Monitoring (FGM) Merk: \_\_\_\_\_  
 Teststrips Merk: \_\_\_\_\_  
 Lancetten Merk: \_\_\_\_\_  
 Pennaalden, type, lengte Merk: \_\_\_\_\_  
 Insulinepenen Merk: \_\_\_\_\_  
 Overige: \_\_\_\_\_

\*incl. teststrips en lancetten

### Aanvrager:

Naam arts / verpleegkundige \_\_\_\_\_  
Instelling \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Telefoonnr. \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_  
Locatie \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_