

Aanvraagformulier Flash Glucose Monitoring systeem

Verzekerde gegevens	
Naam (inclusief voorletter(s)):	
Postcode & Adres:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer	
Zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	
Voorschrijver	
Behandelend medisch specialist	
Telefoonnummer:	
Datum aanvraag:	
<input type="checkbox"/> De voorschrijver verklaart dat:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verzekerde niet lijdt aan hypo-unawareness; ▪ verzekerde een educatie programma heeft doorlopen met als doel het juiste gebruik van de FGM; ▪ verzekerde heeft met de arts een behandeldoel afgesproken; ▪ verzekerde de FGM niet gebruikt in combinatie met rt-CGM; ▪ verzekerde behoort tot een van de volgende 4 categorieën (invullen wat van toepassing is)

Indicatie ^{1,2}	
<input type="checkbox"/> kinderen (4 tot 18 jaar) met diabetes type 1	
<input type="checkbox"/> volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of >64 mmol/mol))	<input type="checkbox"/> laboratoriumuitslagen HbA1c van 4 kwartalen voor de aanvraag, te weten: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^e kwartaal mmol/mol ○ 2^e kwartaal mmol/mol, ○ 3^e kwartaal mmol/mol, ○ 4^e kwartaal mmol/mol.
<input type="checkbox"/> zwangere vrouwen met bestaande diabetes	<input type="checkbox"/> Datum á terme

¹ FGM behoort niet tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor verzekerden met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemie en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen (hypoglycemia unawareness')

² Indien verzekerde niet voldoet aan de indicatiecriteria voor het verkrijgen van FGM maar wel aanspraak wil maken op vergoeding, dient een gemotiveerde aanvraag ingediend te worden.

(type 1 en 2)	(vergoeding sensoren gedurende de zwangerschap + tot 3 maanden na uiterekende datum.)
<input type="checkbox"/> vrouwen met zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en type 2)	NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging.

Benodigde middelen	
Reader	<input type="checkbox"/>
Sensoren	<input type="checkbox"/> 1 sensor per 2 weken
Teststrips	<input type="checkbox"/> 50 teststrips per kwartaal

De zorgverlener verklaart:

* Ik ga zorgvuldig om met de (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag en neem de volgende verplichtingen in acht.

* Ik heb namens de verzekerde alle gegevens voor de machtigingsaanvraag correct en volledig ingevuld.

* Verzekerde (of diens vertegenwoordiger) kent de inhoud van deze aanvraag, geeft mij de volmacht voor het indienen ervan en stemt uitdrukkelijk toe dat zijn/haar (medische) persoonsgegevens aan de gecontracteerde leverancier of zorgverzekeraar worden verzonden.

*De verzekerde (of diens vertegenwoordiger) geeft mij ook uitdrukkelijke toestemming om aanvullende informatie over deze aanvraag op verzoek van (de medisch adviseur van) de zorgverzekeraar te verstrekken aan de zorgverzekeraar, mits noodzakelijk voor de beoordeling van de aanvraag.

*De (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag worden uitsluitend gebruikt voor afhandeling van de aanvraag en uitsluitend bewaard zolang als noodzakelijk is.

*Ik verklaar dat de verzekerde weet dat verzwijging van belangrijke feiten, of onjuiste/onvolledige invulling van het formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding kan vervallen.

*Daarnaast weet ik dat de bewijslast voor de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde op mij rust.