

S.v.p. invullen en per mail sturen aan je eigen behandelteam bij Diabeter.

Gegevens van patiënt:

Achternaam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Patiëntnummer:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Aangesloten bij
Diabstore: *)

Ja / nee

*) Als je je diabetesmaterialen niet bij Diabstore betreft sturen we benodigde formulier naar je op, mits je aan alle criteria voor vergoeding voldoet.

Ja, ik heb de informatie over FGM (info, video's) bekeken en begrepen, ik heb geen vragen meer:

**Let op:**

- Bij verminderde gevoeligheid voor hypoglykemieën, is FGM niet de beste behandeloptie voor jou. Diabeter geeft dan de voorkeur aan het gebruik van Continue Glucose Monitoring, met alarmfunctie. Bespreek dit met je behandelteam.
- Indien je een andere vorm van diabetes hebt dan type 1 diabetes, overleg dan met je behandelteam over de eventuele mogelijkheden.

Het volgende is voor mij van toepassing:☐ Ik heb / mijn kind heeft type 1 diabetes☐ Ik ben bekend met de voorwaarden die worden gesteld, zoals de jaarlijkse evaluatie voor het gebruik. Kort gesteld:

Het verstrekken van FGM gaat op een medisch voorschrift. Daartoe dient de arts/dvk een aanvraagformulier in te vullen en te ondertekenen en te verklaren dat met jou een aantal afspraken zijn gemaakt over:

- a) Het doorlopen van een educatieprogramma. Je weet hoe je de glucosegegevens en trends ervan toepast
 - b) Gebruik CGM: Je gebruikt geen CGM en hebt bewust gekozen voor FGM op basis van behandeldoelen
 - c) De behandeldoelen: deze worden vastgelegd in uw medisch dossier.
 - d) Een jaarlijkse evaluatie van de behandeldoelen. Als deze niet behaald worden, zal je arts beoordelen of FGM nog nuttig is. Dit noemt men de zgn. stopcriteria.
 - e) Deze afspraken zijn gebaseerd op de consensus 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet FGM en CGM'.
- ➔ Zie voor de volledige tekst met de omschreven voorwaarden hier het ZN-formulier.

➔/2

S.v.p. aankruisen:

- Ik ga akkoord dat mijn behandelaar de voor deze aanvraag noodzakelijke gegevens, inclusief noodzakelijke medische gegevens, in het aanvraagformulier voor de leverancier en de zorgverzekeraars vermeldt. Deze gegevens worden uitsluitend gebruikt voor de beoordeling van mijn aanvraag voor FGM.
- Ik geef ook mijn 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.
- Ik begrijp dat ik pas in aanmerking kom voor de FGM materialen als ik voldoe aan de gestelde criteria.

Naam patiënt:

Handtekening: *(indien ouder dan 12 jaar)*

Datum:

Naam ouder / verzorger:
(indien patiënt jonger dan 16 jaar)

Handtekening: *(indien patiënt jonger dan 16 jaar)*

Datum:
