

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 het benodigde formulier naar je op, mits je aan alle criteria voor vergoeding voldoet.

Ja, ik heb interesse in het gebruik van een continue glucosesensor (CGM) en ga dit bespreken / heb dit besproken met mijn behandelteam:



Om de aanvraag te kunnen doen vraagt het behandelteam onderstaande punten te lezen en toestemming te geven. Alleen met die toestemming kan de aanvraag verder in behandeling worden genomen

Het volgende is voor mij van toepassing: (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- Ik heb / mijn kind (jonger dan 16 jaar) heeft type 1 diabetes
- Ik wil CGM en voldoe aan de criteria voor volwassenen met hoge HbA1c-waardes (waarvoor de HbA1c waarde in 4 opeenvolgende kwartalen, tenminste 3 x boven 8.0% /64 mmol/mol was)
- Ik wil CGM vanwege zwangerschapswens /zwangerschap
- Ik wil CGM vanwege ernstige hypoglycemieën en/of ongevoeligheid voor hypoglycemieën (hypo-unawareness)

- Ja, ik ben bekend met de voorwaarden die worden gesteld, zoals de jaarlijkse evaluatie voor het gebruik. Kort gesteld: Het verstrekken van CGM gaat op een medisch voorschrift. Daartoe dient de arts/dvk een aanvraagformulier van de zorgverzekeraar in te vullen en te ondertekenen en te verklaren dat met jou een aantal afspraken zijn gemaakt over:
 - a) Voor alle indicaties geldt de vergoeding voor 1 jaar, waarna verlenging mogelijk is.
 - b) Deze afspraken zijn gebaseerd op de consensus 'Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet FGM en CGM'.
 - c) Je volgt de bij de CGM-techniek passende educatie zoals genoemd in het consensusdocument en weet deze kennis toe te passen
 - d) Je gebruikt geen FGM en er is bewust gekozen voor CGM op basis van behandeldoelen en voor jou geldende criteria en situatie.
 - e) De behandeldoelen zijn vastgelegd in je medisch dossier.
 - f) Er jaarlijks wordt geëvalueerd en zo nodig bij het niet bereiken van de doelen gekeken of CGM nog nuttig is (stopcriteria).

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 CGM- 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:
