

Formulier Aanvraag vergoeding dieetkosten bij voedselallergie

In te vullen door consultatiebureauarts, huisarts, specialist of diëtist en te versturen of faxen naar de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar van de patiënt

Naam: m/v

Adres:

Postcode, woonplaats:

Geboortedatum:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Indicatie:

- Voedselallergie vastgesteld volgens de "Landelijke Standaard Voedselallergie bij zuigelingen"

Datum laatste belasting:

- Preventie van (voedsel)allergie vanwege verhoogd risico door aangetoonde voedselallergie, atopisch eczeem, astma of hooikoorts bij één of meer eerste-gradsfamilieleden (ouders, broers, zussen).

Toelichting:

Dieetadvies:

Dieetpreparaten:

- Soort:

Dagdosering:

- Soort:

Dagdosering:

Datum ingang dieetadvies:

Duur van het dieetadvies:

Naam arts:

Naam diëtist:

Adres:

Postcode, woonplaats:

Telefoon:

Datum: Handtekening: