

## Aanvraagformulier FGM<sup>1</sup> en/of CGM<sup>1, 2</sup>

Graag onderstaand formulier volledig invullen en sturen naar Bosman, Antwoordnummer 13049, 5600 VE Eindhoven of mail: [binnendienstdiabetes@bosman.com](mailto:binnendienstdiabetes@bosman.com).

### Uitgangspunten zorgverzekeraars en zorgaanbieders

- Een doelmatige keuze voor een diabeteshulpmiddel op basis van aanspraak, de gestelde behandeldoelen en de persoonlijke situatie van de verzekerde waarbij de zorgverzekeraar zijn verantwoordingsplicht om premiegeld goed te besteden nakomt.
- De administratieve lasten dienen daarbij de verhouding tussen enerzijds het op verantwoorde wijze leveren van zinnige zorg en anderzijds het belang van een goede verantwoording van het uitgegeven premiegeld.

### Is er sprake van één van de volgende indicaties voor FGM?

1. Patiënten met type 1 diabetes.<sup>3</sup>
2. Patiënten met type 2 diabetes met een intensief insulineschema.<sup>4</sup>
3. Zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben.
4. Vrouwen met zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben.

### Is er sprake van één van de volgende indicaties voor CGM?

1. Kinderen < 18 jaar met diabetes type 1.
2. Volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of > 64 mmol/mol)).<sup>5</sup>
3. Zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).
4. Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en 2).
5. Patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness).

**Zo ja, graag onderstaand formulier voor FGM of CGM volledig invullen.**

<sup>1</sup> Dit is ter beoordeling aan het behandelteam van de patiënt conform het consensusdocument.

<sup>2</sup> Het aanvraagformulier CGM is geldig vanaf het moment van overheveling van deze diabeteshulpmiddelen naar de aanspraak hulpmiddelenzorg.

<sup>3</sup> Verzekerden met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness) zijn eerder door het Zorginstituut uitgesloten van FGM ivm een veiligheidsrisico.

<sup>4</sup> Definitie intensief insulineschema van het consensusdocument: "een viermaal daags insuline schema (basaal-bolus)"

<sup>5</sup> Definitie opgenomen in het consensusdocument: "Onder blijvend hoog wordt verstaan <sup>4</sup> achtereenvolgende kwartalen >8% of >64mmol/mol."

## Aanvraagformulier FGM

Graag onderstaand formulier volledig invullen en sturen naar Bosman, Antwoordnummer 13049, 5600 VE Eindhoven of mail: [binnendienstdiabetes@bosman.com](mailto:binnendienstdiabetes@bosman.com).

### Verzekerde gegevens

Naam (inclusief voorletter(s)) \_\_\_\_\_

Postcode & Adres \_\_\_\_\_

E-mail adres \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

### Voorschrijver<sup>6</sup>

Naam behandelaar \_\_\_\_\_

AGB code \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Datum aanvraag \_\_\_\_\_

- De voorschrijver verklaart dat:
- er geen sprake is van het gebruik van een CGM device.
  - er een bewuste keuze is gemaakt voor FGM als meest adequate en doelmatige keuze ten opzichte van CGM gelet op het afgesproken behandeldoel en de persoonlijke situatie van de patiënt.
  - de patiënt met het diabetesbehandelteam een concreet behandeldoel heeft afgesproken en dit heeft vastgelegd in het patiëntendossier;
  - de gebruiker geattendeerd is op de stopcriteria zoals opgenomen in het consensusdocument;
  - de patiënt een educatie programma heeft/gaat doorlopen met als doel het juiste gebruik van de FGM;
  - de patiënt<sup>7</sup> in staat is naar eigen vermogen te handelen op basis van de verkregen glucosewaarden en kan acteren op trendlijnen<sup>8</sup>;
  - er conform consensusdocument minimaal één keer per jaar een evaluatie plaatsvindt om te bepalen of FGM nog bijdraagt aan het behandeldoel en doelmatig wordt gebruikt.

<sup>6</sup> Voorschrijver zoals opgenomen in het consensusdocument.

<sup>7</sup> Of diens verzorger.

<sup>8</sup> NB: Verzekerden met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness) zijn eerder door het Zorginstituut uitgesloten van FGM ivm een veiligheidsrisico. De voorschrijver is verantwoordelijk voor de keuze voor FGM, dan wel CGM.

■ patiënt behoort tot een van de volgende 4 categorieën (invullen wat van toepassing is).

### Indicatie

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Patiënten met type 1 diabetes.  | NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging.  |
| <input type="checkbox"/> 2. Patiënten met type 2 diabetes met een intensief insulineschema. <sup>9</sup>  | NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging.  |
| <input type="checkbox"/> 3. Zwangere vrouwen met bestaande diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben. <sup>9</sup>                         | <input type="checkbox"/> Uitgerekende datum<br><hr/><br>(vergoeding sensoren gedurende de zwangerschap + tot 6 maanden na bevallingsdatum.) |
| <input type="checkbox"/> 4. Vrouwen met zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes type 2 die insuline gebruiken maar geen intensief insulineschema hebben. <sup>9</sup> | NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging indien voorzien van motivatie op de aanvraag.                   |

### Benodigde middelen

- |            |  |
|------------|--|
| Reader     | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee  |
| Sensoren   | <input type="checkbox"/> 1 sensor per 2 weken  |
| Teststrips | <input type="checkbox"/> 50 teststrips + lancetten per kwartaal <sup>10</sup><br><input type="checkbox"/> Bij uitzondering, aantal en motivatie meerverbruik:<br><hr/><br><hr/><br><hr/> |

### Handtekening voorschrijver <sup>11</sup>

<sup>9</sup> Definitie intensief insulineschema van het consensusdocument: "een viermaal daags insuline schema (basaal-bolus)"

<sup>10</sup> Indien het aantal strips niet toereikend is kan gemotiveerd hiervan worden afgeweken.

<sup>11</sup> Voorschrijver zoals opgenomen in het consensusdocument.

De zorgverlener verklaart dat hij/zij zorgvuldig om gaat met de (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag en neemt de volgende verplichtingen in acht:

- Ik heb namens de patiënt alle gegevens voor de machtigingsaanvraag correct en volledig ingevuld.
- Patiënt (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 patiënt (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 met inachtneming van de wettelijke termijnen.
- Ik verklaar dat de patiënt weet dat 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 patiënt op mij rust.

## Aanvraagformulier CGM

Graag onderstaand formulier volledig invullen en sturen naar Bosman, Antwoordnummer 13049, 5600 VE Eindhoven of mail: [binnendienstdiabetes@bosman.com](mailto:binnendienstdiabetes@bosman.com).

### Verzekerde gegevens

Naam (inclusief voorletter(s)) \_\_\_\_\_  
Postcode & Adres \_\_\_\_\_  
E-mail adres \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_  
Zorgverzekeraar \_\_\_\_\_  
Polisnummer \_\_\_\_\_

### Voorschrijver<sup>12</sup>

Naam behandelaar \_\_\_\_\_  
AGB code \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Aanvraag:

- Nieuwe aanvraag datum \_\_\_\_\_
- Bestaande gebruiker sinds datum<sup>13</sup> \_\_\_\_\_
- Bestaande gebruiker voor 1-1-2021 via ziekenhuis.
- De voorschrijver verklaart dat:
  - er geen sprake is van het gebruik van een FGM device.
  - er een bewuste keuze is gemaakt voor CGM als meest adequate en doelmatige keuze ten opzichte van FGM gelet op het afgesproken behandeldoel en de persoonlijke situatie van de patiënt.
  - de patiënt met het diabetesbehandelteam een concreet behandeldoel heeft afgesproken en dit heeft vastgelegd in het patiëntendossier;
  - de patiënt een persoonlijk programma<sup>14</sup> zal doorlopen met als doel het juiste gebruik van de CGM;
  - de patiënt<sup>15</sup> in staat is naar eigen vermogen te handelen op basis van de verkregen glucosewaarden en kan acteren op trendlijnen en alarmen<sup>16</sup>;
  - er conform consensusdocument minimaal één keer per jaar een evaluatie plaatsvindt om te bepalen of CGM nog bijdraagt aan het behandeldoel.
  - de gebruiker geattendeerd is op de stopcriteria zoals opgenomen in het consensusdocument.

<sup>12</sup> Voorschrijver zoals opgenomen in het consensusdocument.

<sup>13</sup> Geldt ook voor kinderen met CGM die 18 jaar oud worden.

<sup>14</sup> Passend bij de educatie en voorlichting zoals genoemd in het consensusdocument.

<sup>15</sup> Of diens verzorger.

<sup>16</sup> NB: Verzekerden met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo-unawareness) zijn eerder door het Zorginstituut uitgesloten van FGM ivm een veiligheidsrisico. De voorschrijver is verantwoordelijk voor de keuze voor FGM, dan wel CGM.

▪ patiënt behoort tot een van de volgende 5 categorieën (invullen wat van toepassing is)

Indicatie

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1a. Kinderen < 18 jaar met diabetes type1.  | NB 1a. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging.  |
| <input type="checkbox"/> 1b. Adolescenten die al vóór hun 18de levensjaar CGM gebruikten en 18 zijn geworden.  | NB 1b. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging mits de behandeldoelen bereikt zijn en er geen doelmatiger alternatief is.  |
| <input type="checkbox"/> 2. Volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1 (ondanks standaard controle blijvend hoog HbA1c (> 8% of >64mmol/mol)).                        | NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging. Indien nieuwe gebruiker graag laboratoriumuitslagen HbA1c van 4 kwartalen voor de aanvraag invullen: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1e kwartaal _____ mmol/mol,</li> <li><input type="checkbox"/> 2e kwartaal _____ mmol/mol,</li> <li><input type="checkbox"/> 3e kwartaal _____ mmol/mol,</li> <li><input type="checkbox"/> 4e kwartaal _____ mmol/mol.</li> </ul> <p>NB. In overleg met partijen is afgesproken als richtsnoer een gemiddelde van een HbA1c van &gt; 64 mmol/mol te hanteren. Daarbij geldt dat in de reeks van 4 aaneengesloten kwartalen er 1 kwartaal mag zijn waarbij het criterium niet wordt gehaald.</p> |
| <input type="checkbox"/> 3. Zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2).   | <input type="checkbox"/> Uitgerekende datum _____<br>(vergoeding sensoren gedurende de zwangerschap + tot 6 maanden na bevallingsdatum.)   |
| <input type="checkbox"/> 4. Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes type 1 en 2 die insuline gebruiken.  | NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging indien voorzien van motivatie op de aanvraag.  |
| <input type="checkbox"/> 5. Patiënten met diabetes type 1, die kampen met ernstige hypoglykemieën en/of ongevoelig zijn om hypoglykemieën waar te nemen (hypo, unawareness). | NB. akkoordverklaring voor maximaal 1 jaar met mogelijkheid voor verlenging indien voorzien van motivatie op de aanvraag.  |

## Benodigde middelen

Sensoren	<input type="checkbox"/> type sensor _____ 1 per _____ dagen, afhankelijk van gebruikstermijn sensor (vul type en frequentie in)
Transmitter	<input type="checkbox"/> type transmitter _____ (1 stuk per gebruikstermijn transmitter, afhankelijk van type).
Ontvanger	<input type="checkbox"/> Ja, type ontvanger _____ (1 stuk per gebruikstermijn ontvanger, afhankelijk van type). <input type="checkbox"/> Nee, ontvangt data op eigen mobiel device. <input type="checkbox"/> Nee, ontvangt data via insulinepomp
Teststrips	<input type="checkbox"/> Lancetten + benodigd aantal teststrips (max. 200 per kwartaal voor kalibratie/ controle) <sup>17</sup> <input type="checkbox"/> bij uitzondering, aantal en motivatie meerverbruik. _____ _____ _____

## Handtekening voorschrijver<sup>18</sup>

De zorgverlener verklaart dat hij/zij zorgvuldig om gaat met de (medische) persoonsgegevens in deze aanvraag en neemt de volgende verplichtingen in acht:

- Ik heb namens de patiënt alle gegevens voor de machtigingsaanvraag correct en volledig ingevuld.
- Patiënt (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 patiënt (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 met inachtneming van de wettelijke termijnen.
- Ik verklaar dat de patiënt weet dat 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 patiënt op mij rust.

<sup>17</sup> Indien het aantal strips niet toereikend is kan gemotiveerd hiervan worden afgeweken.

<sup>18</sup> Voorschrijver zoals opgenomen in het consensusdocument.