

Ingangsdatum machtiging \_\_\_\_\_

## Persoonsgegevens

Naam \_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

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

BSN \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar en polisnummer \_\_\_\_\_

## Gegevens aanvrager

Voorschrijvend arts/verpleegkundige \_\_\_\_\_

Instelling \_\_\_\_\_ Handtekening en stempel en/of AGB-code arts

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

## Medische gegevens

### Medische indicatie

DM Type 1  DM Type 2

Diabetes Gravidarum, uitgerekende datum \_\_\_\_\_

### Therapie (verplicht invullen)

Alleen orale medicatie  Maximale orale medicatie, overgang naar insulinertherapie

1 x daags insulinertherapie  2 x daags insulinertherapie

3 x daags of vaker insulinertherapie  Insulinepomptherapie

GLP-1\*  Injectie bij bijv. Saxenda, B12 etc.\*

Test \_\_\_\_\_ keer per dag / Test \_\_\_\_\_ keer per week

### Extra aantallen nodig (volledig invullen indien van toepassing)

#### Teststrips

Eenmalig \_\_\_\_ extra

Tijdelijk \_\_\_\_ extra teststrips tot \_\_\_\_\_

Blijvend \_\_\_\_ extra teststrips per 3 maanden

#### Ampullen

Eenmalig \_\_\_\_ extra

Tijdelijk \_\_\_\_ extra ampullen tot \_\_\_\_\_

Blijvend \_\_\_\_ extra ampullen per 3 maanden

#### Infusiesets

Eenmalig \_\_\_\_ extra

Tijdelijk \_\_\_\_ extra infusiesets tot \_\_\_\_\_

Blijvend \_\_\_\_ extra infusiesets per 3 maanden

#### Canules

Eenmalig \_\_\_\_ extra

Tijdelijk \_\_\_\_ extra canules tot \_\_\_\_\_

Blijvend \_\_\_\_ extra canules per 3 maanden

### Medische reden extra aantallen (volledig invullen indien van toepassing)

Instellen start therapie

Moeilijk instelbaar

Anders, namelijk \_\_\_\_\_

\*Vergoeding pennaalden is afhankelijk van de zorgverzekeraar, overige materialen worden NIET vergoed.

## Aanvraag machtiging diabetes (vervolg)

### Extra functionaliteit (volledig invullen indien van toepassing)

Sprekende bloedglucosemeter

Bloedglucosemeter met teststripcassette

Medische reden extra functionaliteit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Thuislevering / Afwijkend afleveradres

	Aantal	Merk	Type
<input type="checkbox"/> Bosmanpakket	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Startpakket	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Prikpen	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Teststrips	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (Veiligheids)lancetten	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> (Veiligheids)insulinenaalden	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insulinepen	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overig	_____	_____	_____

Indien afwijkend afleveradres

Naam \_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Opmerking

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_