|  |
| --- |
| **AANVRAAG AAN DE ADVISEREND ARTS VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING OM TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIR ZORGPROGRAMMA VOOR DIABETESZELFREGULATIE BIJ ADOLESCENTEN VAN 18 OF 19 JAAR1** |

**IN TE VULLEN DOOR DE PATIENT DIE WORDT OPGEVOLGD DOOR EEN GESPECIALISEERDE ZIEKENHUISDIENST VOOR DIABETISCHE KINDEREN EN ADOLESCENTEN**

kleefbriefje aanbrengen a.u.b.

|  |
| --- |
|  |

**Ondergetekende**

**……………………………………………………. (naam en voornaam)**

Kruis aan wat van toepassing is:

vraagt een tegemoetkoming aan in de kosten van het aan haar of hem voorgeschreven multidisciplinair zorgprogramma en engageert zich om dit zorgprogramma te volgen.

is 18 of 19 jaar oud en heeft reeds een programma in onderhavige dienst gevolgd vóór haar/zijn 18de verjaardag.

beschikt over een Globaal Medisch Dossier (GMD)

beschikt niet over een GMD. Duidt hieronder aan welke van volgende situaties van toepassing is:

is ingeschreven in een medisch huis waardoor de GMD-prestatie niet apart kan aangerekend worden

heeft een huisarts met een bevoegdheidscode die eindigt op 001 of 002 waardoor de GMD-prestatie niet kan ten laste genomen worden

heeft zich sinds de vorige aanvraag uitgeschreven van verzorging in een medisch huis vanaf ……../………/…….

vraagt voor het eerst sinds hij of zij 18 jaar is, een verlenging van de tegemoetkomingsperiode aan.

Patiënten zonder GMD en waarvoor noch de eerste noch de tweede situatie van toepassing is, engageren zich om onverwijld een GMD aan te vragen bij hun huisarts. Zonder GMD kan de terugbetalingsperiode die hier gevraagd wordt, niet (opnieuw) verlengd worden

De behandeling van mijn diabetes zal onder coördinatie van mijn huisarts Dokter …………………………………………………………………………………………………………………………………….. (naam en adres) en het diabetesteam van onderhavig centrum gebeuren.

Datum van aanvraag:……../………/…………..

Handtekening van de rechthebbende:

(+ naam en voornaam)

(ingeval het een gevolmachtigde is die de aanvraag doet en ondertekent : naam, relatie tot de rechthebbende en hoofdverblijfplaats - gemeente, straat en nummer - vermelden)

# IN TE VULLEN DOOR DE GESPECIALISEERDE ZIEKENHUISDIENST VOOR DIABETISCHE KINDEREN EN ADOLESCENTEN

**Identificatie van de** **gespecialiseerde geconventioneerde ziekenhuisdienst:**

Nummer : 7.86.7 . . . . . . Naam en adres :

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon :

1 Formulier te gebruiken vanaf 1/1/2021

Voor de hierboven vermelde rechthebbende wordt een multidisciplinair zorgprogramma voorgeschreven van ………./………/……….. tot en met ………/………/………….. (Voor patiënten zonder GMD van wie de huisarts bevoegd is om het GMD bij te houden en aan te rekenen, mag er maar een multidisciplinair zorgprogramma worden voorgeschreven voor een periode van 6 maanden. Zonder GMD kan de terugbetalingsperiode die hier gevraagd wordt, later niet (opnieuw) verlengd worden.)

Groep van de algemene overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten waartoe de rechthebbende behoort2: A / B / C

KLINISCH – ANAMNESTISCHE GEGEVENS

De hierboven vermelde rechthebbende3:

lijdt aan type 1 diabetes

☐ lijdt aan mucoviscidose, behandeld met insuline of andere injecteerbare glucoseverlagende middelen

☐ lijdt aan monogene diabetes (MODY, mitochondriale of neonatale diabetes) en heeft voor zijn diabetesregulatie nood aan een complexe insulinetherapie (ofwel insulinepomp, ofwel 3 of meer injecties van insuline en/of andere injecteerbare glucoseverlagende middelen per etmaal)

vertoont organische hypoglycemieën (tengevolge van bv. nesidioblastose of insulinoom) en kampt met aanhoudende ernstige hypoglycemieën waarvoor regelmatig hulp van derden noodzakelijk en/of oproep van ambulance en/of hospitalisatie nodig is

vertoont een quasi volledig verlies van de endocriene pancreasfunctie (bijvoorbeeld na pancreatectomie of bij chronische pancreatitis) en heeft voor zijn diabetesregulatie nood aan een complexe insulinetherapie (ofwel insulinepomp, ofwel 3 of meer injecties van insuline)

lijdt aan type 2 diabetes of een andere vorm van diabetes

**Jaar** waarin de voormelde aandoening is ontstaan (jaar van de 1ste insuline-injectie) ……………………………….

Aantal **insuline-injecties per dag** (toegediend voor de raadpleging voor onderhavig voorschrift)3 :

nog niet behandeld met insuline-injecties

1

2

3

≥ 4

insulinepomp

**Voorgeschreven insuline per 24 uur4**

Vlugwerkende insulines

Insulines met intermediaire werkingsduur

Traagwerkende insulines

Ultralangwerkende insuline

**Aantal ernstige hypoglycemieën** gedurende de twaalf maanden voorafgaand aan de begindatum van de in deze aanvraag voorgeschreven periode (t.t.z. met bewustzijnsverlies/aanvallen waarvoor de tussenkomst van een derde noodzakelijk was): …..

**Aantal hospitalisaties** van 24 uur of meer wegens diabetes gedurende 12 maanden voorafgaand aan de begindatum van de in deze aanvraag voorgeschreven periode: …..

**Laatste HbA1c-waarde** in het bezit van de arts op het ogenblik van onderhavig voorschrift

Datum ………/………../………….. Gemeten waarde: …….,…….. (HbA1c referentiewaarde: ………………….)

**Aantal gedane glycemiecontroles** gedurende de voorbije maand (maand………………….. jaar ……………..): ……….

**Aantal gedane glucosuriezelfbepalingen** gedurende de voorbije maand (maand………………….jaar ………):…….…..

2 Onderlijn de letter van de groep waaraan de rechthebbende beantwoordt.

3 Kruis aan wat van toepassing is.

4 Meerdere keuzes zijn mogelijk.

VOORGESCHREVEN ZELFCONTROLE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SYSTEMATISCH** | **ENKEL BIJ PROBLEMEN** | **NOOIT** |
| Glycemie |  |  |  |
| Glucosurie |  |  |  |

Goedkeuring van deze aanvraag impliceert automatisch goedkeuring voor glycemiebepaling via vingerpriktest of via sensor-meting en voor de aflevering van een draagbare insulinepomp of niet.

Naam, handtekening van de pediater diabetoloog van het geconventioneerd diabetesteam en datum:

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Namen van de andere in de behandeling van de diabetes van de rechthebbende actief betrokken artsen:

• Artsen-specialisten : …………………………………………………………………………………………………………

• Huisarts :……………………………………………………………………………………………………………………...

BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS

**Datum van ontvangst van deze aanvraag**: ……../……../…………...

**Beslissing van de adviserend arts3**:

☐ Gunstig voor opvolging in het programma

☐ Ongunstig voor opvolging in het programma omdat:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

☐ Andere: …………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Identificatie en handtekening van de adviserend arts en datum van de beslissing**:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..