

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Niet volledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen. Dit formulier is bestemd voor aanvragen door een arts of apotheker waarmee wij een overeenkomst hebben.

Naam patiënt: \_\_\_\_\_  m  v  
BSN: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_

1. Moet de insuline verdund worden?

- ja ga naar 1a  
 nee ga naar 2

a. Betreft het een kind en de dosering is dusdanig laag dat een pomp de dosering niet kan uitvoeren?

- ja ga naar 1b  
 nee > MBZ

b. Er wordt verdund met:

- geconcentreerde verdunningsvloeistof > Akkoord  
 anders > MBZ

2. Heeft de patiënt een visuele beperking?

- ja ga naar 2a  
 nee ga naar 3

a. en er is adequate mantelzorg aanwezig?

- ja > Niet akkoord  
 nee ga naar 2b

b. Verklaring

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
> MBZ

3. Heeft de patiënt een motorische beperking?

- ja ga naar 3a  
 nee ga naar 4

a. en er is adequate mantelzorg aanwezig?

- ja > Niet akkoord  
 nee ga naar 3b

b. Verklaring

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
> MBZ

4. Anders, nl.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
> MBZ

Verklarende codelijst:

**Akkoord:** U kunt het magistraal bereidingstarief 1x per maand declareren. Dit formulier hoeft niet opgestuurd aan de zorgverzekeraar.

**Niet akkoord:** U kunt geen magistraal bereidingstarief declareren. Dit formulier hoeft niet opgestuurd aan de zorgverzekeraar.

**MBZ:** De zorgverzekeraar beoordeelt of het magistraal bereidingstarief gedeclareerd kan worden. Stuur dit formulier op naar onderstaand adres.

## Ondertekening

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening uitvoerend apotheker: \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_

Stempel apotheek: \_\_\_\_\_

Stempel huisarts/specialist: \_\_\_\_\_