

# tegemoetkoming diëtiëk bij ernstige of chronische ziekte



Hoe vraag je deze terugbetaling aan?

**Via MijnPartena, jouw online ziekenfonds of de Partena Ziekenfonds app:**  
neem een foto of scan van het ingevulde formulier en vraag je terugbetaling digitaal aan.

**Per post naar Partena Ziekenfonds, Sluisweg 2 b1, 9000 Gent.**

## Partena Onafhankelijk Ziekenfonds

voorziet een tegemoetkoming van 10 euro per sessie met een maximum van 12 sessies per 2 jaar bij een gediplomeerd diëtist.

### Wie kan hiervan genieten?

Personen met een ernstige of chronische ziekte.

### Wat moet je doen om hiervan te genieten?

- Bevestig een kleeftbriefje van de persoon die de diëtiëk volgde.
- Laat het document invullen en afstempelen door je behandelende (huis)arts of voeg een medisch getuigschrift toe.
- Laat het document invullen en afstempelen door een gediplomeerd diëtist.

## Gegevens van de klant of kleeftbriefje

Kleeftbriefje

## In te vullen door de behandelende arts

Hierbij bevestig ik dat

naam: ..... voornaam: .....

lijdt aan de volgende chronische ziekte:

- |  |  |   |   |                                   |                                    |
|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> amputaties        | <input type="checkbox"/> Alzheimer                       | <input type="checkbox"/> anorexie                             | <input type="checkbox"/> astma / chronisch obstructieve longziekte (COPD) |                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> atherosclerose    | <input type="checkbox"/> autistische spectrumstoornissen | <input type="checkbox"/> beroerte                             | <input type="checkbox"/> brandwonden                                      | <input type="checkbox"/> boulimie |                                    |
| <input type="checkbox"/> Crohn             | <input type="checkbox"/> chronische pijnen               | <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob                    | <input type="checkbox"/> depressie  | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> epilepsie |
| <input type="checkbox"/> gehoorstoornissen | <input type="checkbox"/> Huntington                      | <input type="checkbox"/> hyperlipidemie/hyper cholesterolemie | <input type="checkbox"/> hypertensie                                      | <input type="checkbox"/> kanker   |                                    |
| <input type="checkbox"/> metabool syndroom | <input type="checkbox"/> mucoviscidose                   | <input type="checkbox"/> multiple sclerose                    | <input type="checkbox"/> nierziekten                                      | <input type="checkbox"/> obesitas |                                    |
| <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> schizofrenie                    | <input type="checkbox"/> spier- en skeletaandoeningen         | <input type="checkbox"/> vasculaire dementie en visuele handicaps.        |                                   |                                    |

datum:

Handtekening en/of stempel

## In te vullen door de diëtist

Ik verklaar

naam: ..... voornaam: .....

behandeld te hebben op volgende data:

datum	honorarium/bedrag	datum	honorarium/bedrag
1.		5.	
2.		6.	
3.		7.	
4.		8.	

datum:

Handtekening en/of stempel

Nomenclatuurcodes: eerste 4 zittingen: **809093**; bijkomende zittingen: **809104**



\*GT05511D0000000387511000\*