

D2) Verlenging tussenkomst voor producten voor bijzondere voeding, gebruikt bij gluten/gliadine-allergie of bij graanmeel-allergie zonder glutenallergie.

Identificatie van de rechthebbende

Naam, voornaam:.....

Adres:.....

Geboortedatum:.....

INSZ-nummer:.....

Ondergetekende arts bevestigt dat het noodzakelijk is dat hoger vermelde rechthebbende verder een aangepast dieet volgt omwille van een gluten/gliadine-allergie of graanmeel-allergie zonder glutenallergie (KB van 8-11-1998).

Identificatie van de arts

(invullen of stempel aanbrengen)

Naam, voornaam:.....

RIZIV-nummer:.....

Datum:.....

Handtekening:.....

Ondergetekende,(naam, voornaam) verklaar dat ik het dieet zorgvuldig gevolgd heb en dat ik het strikt verder zal zetten.

Datum

Handtekening