



Dieetadviesing via de basisverzekering

Dieetadviesing is opgenomen in de basisverzekering. Elke Nederlandse burger heeft recht op maximaal 4 behandeluren per jaar, op verwijzing van arts of tandarts. Elke arts is bevoegd een cliënt naar de diëtist te verwijzen. Belangrijk is dat er een medische indicatie is. Er worden geen indicaties of diagnoses uitgesloten van behandeling. Een verwijzing door een arts betekent een medische indicatie.

Wanneer er (nog) geen sprake is van een ziekte of aandoening maar de cliënt heeft wel een hoog risico op een ziekte of aandoening is er een medische indicatie voor dieetadviesing. Ook in dat geval kan de arts verwijzen.

Verwijsindicatie is dan: 'hoog risico op aandoening X ' of 'hoog risico op voedingsgerelateerde aandoening'.

Eigen risico

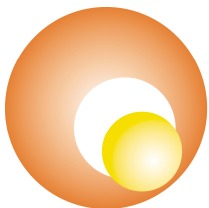
Tevens geldt vanaf 1 januari 2008 een eigen risico van € 150,- per jaar. Dit betekent dat de eerste € 150,- aan zorgkosten, weliswaar achteraf, aan de verzekeraar terugbetaald moeten worden.

Huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundigenzorg vallen buiten de eigen risico regeling. Dat geldt ook voor zorg uit de aanvullende verzekering(en).

Basisverzekering is verplicht

Verzekerden zijn verplicht zich voor het basispakket te verzekeren en mogen daarnaast zelf bepalen of zij zich ook aanvullend willen verzekeren.

Zorgverzekeraars kunnen aanvullende verzekeringen aanbieden waarin zij alle verstrekkingen opnemen die niet in het basispakket zijn opgenomen. Te denken valt aan bepaalde vormen van alternatieve geneeswijzen, maar ook extra dieetadviesing behoort tot de mogelijkheden. Een aanvullende verzekering kan bij een andere zorgverzekeraar worden afgesloten dan waar de basisverzekering is afgesloten.



LID VAN

**NEDERLANDSE VERENIGING
VAN DIËTISTEN**