

## Søknad om dekning av utgifter til næringsmidler etter blåreseptforskriften

Utfylling av denne blanketten honoreres av folketrygden med taksten H1.

Søknaden skal til (adresse):  
 Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)

### 1. Opplysninger om pasienten

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer
Adresse		Bostedskommune
Diagnose	Diagnosekode og benyttet kodeverk ICPC-2/ICD-10	

### 2. Opplysninger om søkende lege

Etternavn, fornavn	Spesialitet	HPR-nummer
Adresse (arbeidssted)		Telefonnummer

### 3. Generelle vilkår (må være oppfylt)

<input type="checkbox"/> Sykdommen er gått inn i en langvarig fase og det er behov for langvarig behandling
<input type="checkbox"/> Behandlingen skjer utenfor sykehus (inkl. poliklinikk)/institusjon

### 4. Omsøkt næringsmiddel

Produkt	Angivelse av pasientens næringsbehov (sonde, fullernæring, protein osv):
---------	--

### 5. Begrunnelse for behandlingen

<b>5.1</b> (fylles ut når diagnosen ikke spesifikt er angitt som refusjonsberettiget)	Sykdommer: <input type="checkbox"/> Affiserer munn, svelg og spiserør og hindrer tilførsel av vanlig mat <input type="checkbox"/> Affiserer mage eller tarm og hindrer opptak av viktige næringsstoffer <input type="checkbox"/> Medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd
<b>5.2</b> (fylles ut når produktet ikke er på produkt- og prislisten)	Følgende produkt/-er på produkt- og prislisten er forsøkt
<b>5.3</b>	Arsak til at produkt/-er på produkt- og prislisten ikke lenger/ikke kan benyttes:

**6. Instituering** (Fylles ut når en annen lege har instituert behandlingen)

Etternavn, fornavn	Spesialitet/sykehusavdeling	Dato for konsultasjon
--------------------	-----------------------------	-----------------------

**7. Erklæring og underskrift**

<input type="checkbox"/> Pasienten har samtykket til at kopi av vedtak kan sendes til undertegnede lege	
Sted og dato	Legens underskrift og stempel

**Generell informasjon/veiledning**

Skjemaet benyttes i forbindelse med søknad om individuell refusjon til næringsmidler. Søknaden fylles ut av legen på vegne av pasienten, og honoreres med takst H1 for arbeidet. Ved behov for utfyllende opplysninger kan ikke ny takst kreves.

Søknaden sendes til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) i den regionen pasienten tilhører;

<b>Oslo:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Oslo Postboks 6721 Etterstad, 0609 Oslo	<b>Akershus, Østfold, Oppland, Hedmark:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Øst Serviceboks 1412, 1602 Fredrikstad
<b>Vestfold, Telemark, Buskerud, Aust- og Vest-Agder:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Sør Postboks 2415, 3104 Tønsberg	<b>Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Vest Postboks 14, 4097 Sola
<b>Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Midt-Norge Postboks 13, 6151 Ørsta	<b>Nordland, Troms og Finnmark:</b> Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Region Nord 8607 Mo i Rana

**Til punkt 3:**  
- Langvarig behandling vil si at det er behov for bruk av ett eller flere næringsmidler i minst tre måneder i løpet av ett år for samme sykdom.  
- Dersom det offentlige er pliktig til å dekke utgiftene til næringsmidler etter annen lovgivning, skal ikke utgiftene belastes folketrygden.

**Til punkt 5.1:** Følgende diagnoser er spesifikt er angitt som refusjonsberettiget: Stoffskiftesykdom (metabolsk sykdom), behandlingsrefraktær epilepsi, Laktose- eller melkeprotein intoleranse/-allergi hos barn under 10 år, Fenyktonuri (Føllings sykdom), kreft og immunsvikt.

**Til punkt 6:**  
- Det er et generelt vilkår for individuell refusjon at behandlingen skal være instituert av en spesialist i sykdommens medisinske fagfelt eller tilsvarende sykehusavdeling. Unntak fra dette er gjort for diagnosene kreft og immunsvikt. Mer om hva som ligger i instituering og eventuelle unntak framgår av rundskriv til § 5-14 og vedlegg 1 til § 5-14.

**Til punkt 7:** Legen kan få kopi av vedtaket. Dette må skje etter informert samtykke fra pasienten da dette er å anse som taushetsbelagte opplysninger.