

Formulier

toestemming geriatrische revalidatiezorg

Verzekerde:

Naam verzekerde

VGZ klantnummer en/of BSN

Geboortedatum

Aanvrager:

Declaratiecode(n)

DBC zorgproductcode(n)

AGB code specialist

AGB code instelling

Behandelend specialist
ouderengeneeskunde

Telefoon

Emailadres

Voor het beoordelen van aanvragen hebben wij, bovenop de bovengenoemde algemene informatie, additionele informatie nodig. Met deze additionele informatie kunnen wij uw aanvraag direct in behandeling nemen

Graag invullen wat voor aanvraag dit betreft:

Verlenging van GRZ

Om de aanvraag te kunnen beoordelen dient de volgende informatie bijgevoegd te zijn:

- Prognose c.q. periode waarvoor verlenging noodzakelijk is
- Ingangsdatum van de gevraagde zorg
- Graag toevoegen: Behandelverslag en behandelplan incl. een toelichting waaruit blijkt dat 6 maanden GRZ niet voldoende is gebleken

Nieuwe zorgvraag binnen 42 dagen

Om de aanvraag te kunnen beoordelen dient de volgende informatie bijgevoegd te zijn:

- Zowel de initiële diagnose als de nieuwe diagnose
- Ingangsdatum van de gevraagde zorg
- Graag toevoegen: Behandelverslag en behandelplan incl. de data waaruit blijkt wanneer verzekerde in eerste instantie is opgenomen in de GRZ, vervolgens met ontslag is gegaan dan wel in het ziekenhuis is opgenomen en tot slot wanneer verzekerde wederom in de GRZ is opgenomen

Datum van de aanvraag

Handtekening
Behandelend specialist