



Vul zelf uw persoonsgegevens in en laat vervolgens uw behandelend arts zijn/haar onderdeel invullen.  
Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van u en uw behandelend arts erop staan.  
**Wij nemen alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling.**

## GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

### Gegevens verzekerde

#### Persoonsgegevens verzekeringnemer

Naam verzekerde	BSN-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	Huisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer	E-mailadres
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klantnummer	Geboortedatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Voor meer informatie verwijzen wij u naar ons privacybeleid op onze website.

### Privacy

#### In te vullen door verzekerde

Het kan zijn dat wij één van onze gecontracteerde zorgaanbieders vragen uw aanvraag te beoordelen.

**Gaat u akkoord?** Kruis dan onderstaand vakje aan en plaats uw handtekening.

<input type="checkbox"/> Ik ga AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan een gecontracteerde zorgaanbieder.	Datum	Handtekening
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Wilt u niet dat wij uw aanvraag doorsturen? Leg uw aanvraag dan zelf voor aan één van onze gecontracteerde zorgaanbieders.  
Een gecontracteerde zorgaanbieder vindt u via onze website: [www.vgz.nl/zorgadvies/vergelijk-en-kies](http://www.vgz.nl/zorgadvies/vergelijk-en-kies)

### Hulpmiddelen

#### In te vullen door behandelend arts

Omschrijving/gewenste voorziening of hulpmiddel:

Positie hulpmiddel:

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts
----------------------	--

Kruis aan wat van toepassing is:

<input type="checkbox"/> 1ste voorziening	<input type="checkbox"/> Herhalingsaanvraag	<input type="checkbox"/> reparatie / aanpassing
---	---	---

Indicatie/diagnose:

Ingangsdatum

Einddatum (mits van toepassing)

Ongeval?:

Nee  Ja, toelichting:

Nadere gegevens:

Stuurt u een aparte verwijzing mee?  Nee  Ja

### Gegevens zorgaanbieder

In te vullen door  
behandelend arts

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Individuele AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

### Gegevens leverancier

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

### Versturen

Is alles correct en volledig ingevuld? Dan kunt u het Aanvraagformulier Toestemming sturen naar:

**VGZ**

**Toestemming**

**Postbus 25150**

**5600 RS Eindhoven**