

Aanvraagformulier

Toestemming Paramedische Zorg

Alleen behandelingen voor de chronische indicaties uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering komen voor toestemming in aanmerking. Heeft u een overeenkomst met ons? Dan hoeft u geen toestemming aan te vragen voor de volgende indicaties.

- Postoperatieve indicaties XXXX
- Conservatief behandelde fracturen XX36
- Status na CVA XX72
- MS/ALS/Spinale spieratrofie XX73
- Dwarslaesie XX76
- M. Parkinson 9374

GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde:

Burgerservicenummer:

Geboortedatum:

 - -

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

Gegevens behandeling

Indicatie zoals vastgesteld
door de verwijzer:
(overnemen van verwijzing)*

**Voeg de verwijzing als bijlage toe*

Diagnosecode:

Betreft het een vervolg aanvraag?

Ja Nee

Betreft het een vervolg aanvraag voor
oedeemtherapie?

Ja* Nee

**Vul onderstaande 5 punten in*

1. De behaalde resultaten tot nu toe

2. Verwachting van herstel : mogelijk
formuleren als behandeldoelen voor
komende periode (SMART)

3. Omvangmetingen linker- en rechterzijde
gedurende de behandelperiode
(indien van toepassing)

4. Wordt er compressiemateriaal ingezet?
(indien van toepassing)

5. Hoe wordt er gestuurd op zelfmanagement?

Kruis aan wat van toepassing is. Let op: vul per situatie alle vakjes in.

Opname: ontslagdatum - -

Bestraling datum - -

Whiplash datum ongeval - -

Motorische uitval Ja Nee

Scoliose progressieve scoliose aangeboren scoliose

Soort zorg: Fysiotherapie Oefentherapie Huidtherapie

Locatie zorg: Praktijk Aan huis*
**medische noodzaak dient aangegeven te zijn op de verwijzing*

Ingangsdatum medische behandeling: - -

Gegevens behandelaar:

Naam praktijk:

AGB-code van de praktijk:

Handtekening of stempel: