



Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Let op: graag binnen de hokjes schrijven.

Toelichting

Met dit formulier kan vergoeding voor zittend ziekenvervoer aangevraagd worden ten laste van de Zorgverzekering of (indien van toepassing) de aan vullende verzekering. De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) kunnen in behandeling worden genomen.

- 1e aanvraag
 verlengingsaanvraag

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	Huisnummer	Toevoeging
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Klantnummer	Geboortedatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	Burgerservicenummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Verklaring van de Arts (deel 1)

1. Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
 Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan
 Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
 Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting? Rechteroog Linkeroog

Indien geen sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de diagnose?

- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:

Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:

Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer t.b.v. de behandeling plaatsvindt:

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding)

- Verzekerde komt in aanmerking voor vervoer in verband met transplantatie van de organen, afhankelijk van de verzekeringsvoorwaarden (uitsluitend t.b.v. de ontvanger)

S.v.p. aankruisen wat van toepassing is.

2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Toelichting:

3. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ja nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts:

Postcode: Woonplaats:

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

Handtekening en stempel arts:

Datum:

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1. Voor welke behandeling/controle/diagnose is het vervoer noodzakelijk?

2a. Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

Adres:

2b. Is er sprake van vervoer van kinderen naar een deeltijdbehandeling gecombineerd met schoolbezoek?

Ja Nee Zo ja, wilt u dan onderstaand tabel invullen?

	Aantal behandelingen	Aantal uren school	Is uw kind in staat gebruik te maken van leerlingvervoer (schoolbus) ja/nee
Maandag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Dinsdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Woensdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Donderdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Vrijdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

2c. Vinden de behandelingen onder schooltijd plaats

Ja Nee

3. Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (maximaal 12)

4. Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer t.b.v. de behandeling plaatsvindt

5. Aantal kilometers van huis naar behandeladres enkele reis

Startdatum:

Einddatum:

6. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

7. Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?

(Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden)

ja nee

8. Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?

ja nee

9. Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

ja nee

Indien wij uw aanvraag tot een machtiging honoreren, informeren wij de twee in uw postcodegebied gecontracteerde vervoerders. Zij ontvangen de noodzakelijke persoons- en medische gegevens, zodat de vervoerder goed kan inschatten wat voor vervoer u nodig heeft. Tevens heeft de vervoerder dan de benodigde gegevens om de kosten buiten u om rechtstreeks bij ons te declareren.

Indien u NIET AKKOORD gaat met het verstrekken van de gegevens, kunt u dit kenbaar maken door onderstaand vakje aan te kruisen.

Ik ga NIET AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan de twee gecontracteerde vervoerders. Ik zorg er zelf voor dat de vervoerder de benodigde gegevens ontvangt.

Naar waarheid ingevuld

(Let op!: bij vervoer met een gecontracteerde vervoerder ontvangt u, nadat u de wettelijke eigen bijdrage heeft bereikt, een volledige vergoeding. Indien u gebruik maakt van een niet gecontracteerde vervoerder ontvangt u, nadat u de wettelijke eigen bijdrage heeft bereikt, een maximum vergoeding per beladen kilometer. Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden. Beladen kilometer wil zeggen, uitsluitend het aantal kilometers dat u als verzekerde ook daadwerkelijk in de taxi zit).

Handtekening verzekerde:

Datum:

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar uw zorgverzekeraar: Zorgverzekeraar VGZ, t.a.v. team machtigingen Vervoer, Postbus 25150, 5600 RS Eindhoven

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt uw zorgverzekeraar of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt van uw zorgverzekeraar schriftelijk een machtiging of afwijzing. Uw zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal uw zorgverzekeraar, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.

Het af te rekenen aantal kilometers per rit (bij taxi- én eigen vervoer) wordt standaard bepaald op basis van de snelste route via de ANWB-routeplanner.