

1. Gegevens zorgaanbieder

Naam zorgaanbieder	AGB code
Naam aanvrager	Functie aanvrager
AGB code aanvrager	
Telefoonnummer	E-Mailadres
Burgerservicenummer verzekerde	Geboortedatum verzekerde

2. Graag een korte onderbouwing waarom minimaal 12 uur zorg per dag nodig is.

3. Startdatum Intensieve Zorg (verwachte) einddatum zorg

4. Declaratiecode _____

Wij kunnen contact met u opnemen om de zorgvraag te bespreken. Het is hierbij mogelijk dat het zorgplan opgevraagd wordt.

5. Datum van ondertekening

Handtekening aanvrager

Alles ingevuld?

Verstuur de aanvraag naar machtigingen@zorgenzekerheid.nl. Eventueel kunnen aanvragen ook per post verstuurd worden naar Zorg en Zekerheid, postbus 400, 2300 AK LEIDEN. Gelieve op de envelop 'Medisch Geheim' te vermelden.