

Aanvraagformulier Basiscontract - Verpleging en Verzorging met machtigingsvereiste

Na de procedure voor nieuwe aanbieders wijkverpleging positief afgerond te hebben, heeft u van ons een contract Verpleging en Verzorging gekregen waarin een machtiging vereist wordt. Met dit formulier kunt u een machtiging aanvragen. Indien u een geldige indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg voor de Wet Langdurige Zorg heeft, is er geen recht op vergoeding voor wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet. Neem in dat geval contact op met uw Zorgkantoor.

1. Gegevens instelling

Naam instelling

AGB code

Telefoonnummer

E-mailadres

Naam verzekerde

Relatienummer verzekerde

Geboortedatum verzekerde

2. Gegevens indicierend verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-register)

Telefoonnummer

E-mailadres

AGB-code indicierend verpleegkundige

AGB-code indicerende organisatie

Er dient met ingang van 1 januari 2020 in het AGB register van Vektis een koppeling zichtbaar te zijn tussen de AGB code van de zorgverlener niveau 3 of 4 en de AGB code van de indicierend verpleegkundige niveau 5.

3. Over welke type zorg gaat het?

Eerste zorgaanvraag 'Basiscontract Verpleging en Verzorging met machtigingsvereiste'

☐ Kortdurende zorg (maximaal 3 maanden)

☐ Langdurige (chronische) zorg langer dan 3 maanden

☐ Terminale zorg

4. Is er een voorgaande indicatie?

☐ Ja, aantal toegekende uren (per declaratiecode of prestatie)

☐ Nee, betreft een eerste aanvraag

5. Geïndiceerde zorgprestaties (per week)

☐ 1032 Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist) uur minuten

☐ 1033 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden uur minuten

☐ 1034 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch) uur minuten

☐ 1035 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch/psychiatrisch) uur minuten

☐ 1036 Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben uur minuten

☐ 1037 Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg) uur minuten

6. Looptijd

Startdatum --

Einddatum --

7. Indicatiestelling

Datum indicatiestelling --

Hoeveel tijd heeft u besteed aan de indicatiestelling?

8. Verklaring door indicierend verpleegkundige

☐ Ik verklaar:

- dat de geïndiceerde zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet.
- dat de inhoud van het zorgplan met de verzekerde is besproken.
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.
- dat ik voldoe aan de minimum vereisten en criteria zoals gesteld in het Zorginkoopbeleid en de daarbij behorende bijlagen van Zorg en Zekerheid.

Naam indicierend verpleegkundige _____

Datum --

Handtekening indicierend verpleegkundig

9. Verklaring door verzekerde

☐ Ik verklaar:

- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (WLz).
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie beschik.
- dat de inhoud van het zorgplan met mij is besproken.
- dat de verpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken. Mij persoonlijk of mijn wettelijk vertegenwoordiger hierover heeft gesproken.
- dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 2 weken kenbaar maak aan Zorg en Zekerheid, in de vorm van een nieuwe aanvraag.
- dat ik bereid ben om in persoon of via mijn wettelijke vertegenwoordiger mijn zorgvraag nader toe te lichten aan Zorg en Zekerheid, indien Zorg en Zekerheid daarom vraagt.
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.
- dat ik weet dat verzwijging van de voor Zorg en Zekerheid belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

☐ Ik geef toestemming:

- dat Zorg en Zekerheid contact opneemt met de indicierend verpleegkundige, mijn huisarts, apotheek en/of mijn medisch specialisten om ontbrekende en benodigde (medische) gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging op te vragen.

Datum	- - (DD-MM-JJJJ)
Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger ¹	
Handtekening verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger ²	
Handtekening wettelijke vertegenwoordiger ³	

¹ Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee

Wettelijke vertegenwoordiger: Stuur kopie beschikking rechtbank mee

² Indien van toepassing

³ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

In alle gevallen:

- het volledige zorgplan (ondertekend door indicierend verpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normen kader).

Het ingevulde formulier, inclusief bijlagen, kunt u per e-mail versturen naar:

machtigingen.wijkverpleging@zorgenzekerheid.nl

of per post naar:

Zorg en Zekerheid

t.a.v. adviserend verpleegkundige

Graag vermelden op de envelop **‘Medisch Geheim’**

Postbus 400, 2300 AK Leiden