

DEEL 1: Verpleegkundige deel aanvraag Zvw-pgb 2020

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger¹ en behoort bij deel 2:

Verzekerde deel aanvraag Zvw-pgb 2020.

Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN, juli 2014.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

Voorletters en achternaam		M /	V
Adres	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum	BSN		
Telefoonnummer	E-mail		

2. Gegevens indicierend verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register)	
Telefoonnummer	E-mail
BIG nummer	Naam indicerende organisatie
Niveau opleiding: Niveau 5 of Niveau 6 of Anders	AGB-code indicerende organisatie of persoonlijk

¹ Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

3. Vraagverheldering

1	Wat is/zijn de medische diagnose(n), waaruit de zorgvraag ontstaat?	
	a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend arts?	Ja / nee
	b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd.	
	c. Wat is de medische voorgeschiedenis?	
	d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien?	Ja / nee
2	Is/zijn er fysieke beperking(en)?	Ja / nee
	a. Wat is/zijn deze beperking(en)?	
	b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?	
	c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?	
3	Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)?	Ja / nee
	a. Wat is/zijn deze beperking(en)?	
	b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?	
	c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?	
4	Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?	Ja / nee
5	Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?	Ja / nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
6	Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?	Ja / nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
7	Is er een ergotherapeut betrokken?	Ja / nee
	a. Zo ja: graag een kopie van het verslag meesturen.	
	b. Zo nee, waarom niet?	

8	Zijn er andere behandelaren betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)	Ja / nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
9	Omschrijf het netwerk van de verzekerde. Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie: https://www.venvn.nl/themas/wijkverpleging/toolbox-wijkverpleegkundigen/sociaal-maatschappelijk-participeren	
	a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?	
	b. Is er wel een netwerk aanwezig, maar kan dit geen ondersteuning bieden? Geef een toelichting wat hiervan de reden is.	

4. Verpleegkundige diagnose op basis van de vraagverheldering

1	Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging	
2	Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.	
3	Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.	
4	Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst?	Ja / nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
5	Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?	
6	Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.).	Ja / nee
	a. Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s).	
	b. Zo nee, waarom niet?	

5. Doelstellingen en interventies

Vul in deze tabel, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging² SMART³ in.

Doelstelling	Interventies	PV of VP	Hoeveel tijd kost dit per interventie (uren/ minuten)?	Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week?	Bij welk resultaat is het doel bereikt?	Per welke datum is het doel bereikt?

5.a Evaluatie

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)-verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?	
--	--

6. Indicatiestelling

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-pgb.		
	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie
Verpleging uren / minuten per week		(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten.
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten

² In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. ³ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week voor Zorg in Natura.		
Verpleging uren / minuten per week		(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten
Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:		

7. Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Indien van toepassing: welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?
Naam arts: _____
Specialisme: _____
Ziekenhuis: _____
Telefoonnummer: _____
Vergeet u niet deze verklaring van de arts mee te sturen.

8. Zorg aan kinderen tot 18 jaar

Indien van toepassing: welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?
Naam arts: _____
Specialisme: _____
Ziekenhuis: _____
Telefoonnummer: _____
Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts: _____
Let op! De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

9. Looptijd en contactpersonen

Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot en met wanneer is deze geldig?		
	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
Verpleging		
Persoonlijke Verzorging		

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?	
	Verzekerde zelf
	Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde Indien ja, (wettelijke) vertegenwoordiger (invullen naam en relatie tot verzekerde):
	Huisarts:
	Erkende tolk, naam:
	Overige (invullen naam en relatie tot verzekerde):

10. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo, Jeugdwet en de Wlz;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen zorg is meegenomen, die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie).

Datum	
Naam verpleegkundige	
Handtekening verpleegkundige	
Handtekening verzekerde (uw handtekening) / (wettelijk) vertegenwoordiger	

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw pgb.

DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag Zvw-pgb 2020

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld¹.

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Zvw-pgb 2020 te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op onze website via zorgenzekerheid.nl/brochures.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam		m	v
Adres	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum	BSN		
Telefoonnummer	E-mail		
Relatienummer verzekeraar			

2. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder.

Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?	
<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
<input type="checkbox"/>	nee

Gegevens van uw (wettelijke) vertegenwoordiger:

Voorletters en achternaam		m	v
Adres	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum	Telefoonnummer		
Relatie tot verzekerde			

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is:

Naam organisatie	
KvK nummer organisatie	
Postcode	Plaats
Contactpersoon	Telefoonnummer

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag ?

	Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een pgb aan
	Ik ontvang reeds verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb
	Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af <small>(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)</small>
	Ik verander van zorgaanbieder(s) <small>(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)</small>
	Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd <small>(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)</small>
	Ik ben overgestapt van verzekeraar

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voorafgaand aan de aanvraag wijkverpleging zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder?

	Nee
	ja, van:

5. Waarom wilt u een pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder

6. Door wie wordt de zorg nu verleend en/of wie gaat de zorg verlenen?

Beschrijf welke zorg er al (vrijwillig) verleend wordt en welke zorg er (vrijwillig) verleend zal worden, zoals:

- zorg die ouders verlenen aan hun kind of kinderen aan hun ouders;
- zorg die door het eigen cliëntnetwerk verleend wordt;
- overname van zorg vanuit het Zvw-rgb;
- overname van zorg vanuit ZiN;
- de uitvoering van mogelijke voorbehouden en/of risicovolle handelingen vanuit het Zvw-rgb;
- de borging van de kwaliteit van de zorg.

7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vul in onderstaand schema in wie u als zorgverlener wilt inhuren.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB-code ²
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	

²Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB-code in. De AGB-code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl

1 Zie bijlage met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

2 U hoeft geen AGB-code of KvK-nummer in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad

of

als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG-registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)

of

als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 onder punt 6. Indicatiestelling van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
Totaal uren/minuten		

In de vorige tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb. Maakt u, of zijn er naast deze pgb afspraken, ook afspraken met Zorg in Natura aanbieders?

_ Ja	Ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken):
_ Nee	

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

	Zo spoedig mogelijk ³
	Ik wil mijn pgb in laten gaan op (DD/MM/JJJJ)

³Het pgb gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) heeft ontvangen en beoordeeld.

⁴deze datum kan niet vallen voor de ondertekendatum van aanvraag deel 1 en aanvraag deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend bij de verzekeraar binnen zijn.

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:
Bij verpleging:

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1	Verpleegkundige deel (deel 1)
2	Verzekerde deel (deel 2)
3	Verklaring van een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)
4	Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend.
5	Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (indien van toepassing)

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ("beschikking") van de rechtbank of van de notariële akte.

Dit is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2020 van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2020;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien de zorgverzekeraar 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 dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan Zorg en Zekerheid.

Datum	(DD-MM-JJJJ)
Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger ⁵	
Handtekening verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger ⁶	
Handtekening wettelijke vertegenwoordiger ⁷	

⁵ Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee
Wettelijke vertegenwoordiger : stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁶ Indien van toepassing

⁷ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan contact op met onze afdeling machtigingen via machtigingen@zorgenzekerheid.nl.
Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.zorgenzekerheid.nl

U stuurt dit formulier en bijbehorende documenten per mail naar: Machtigingen@zorgenzekerheid.nl
of per post naar **Postbus 400, 2300 AK, Leiden** versturen.