

Aanvraagformulier Verlenging GRZ / Voortijdige sluiting GRZ DBC binnen 42 dagen

Voor een GRZ-behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, dient voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121e dag, vooraf (uiterlijk 4 weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

Voor een voortijdige sluiting van GRZ DBC, waarna binnen 42 dagen een nieuwe zorgvraag ontstaat, dient ook een schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

1. Gegevens instelling

Naam instelling _____

AGB-code instelling _____

Contactpersoon/ Aanvrager _____

AGB-code Contactpersoon/ Aanvrager _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Inschrijfnummer Verzekerde _____

Geboortedatum Verzekerde

□□-□□-□□□□

Declaratiecode (6 cijfers)

□□□□□□

Zorgproductcode (9 cijfers)

□□□□□□□□□

CD 10 code Gewenste duur van de verlenging (in dagen) _____

Startdatum □□-□□-□□□□

Einddatum □□-□□-□□□□

DBC prestatie code _____

2. Graag invullen wat voor aanvraag dit betreft:

o Toelichting verlenging van GRZ

(1) Multimorbiteit _____

Medische onderbouwing en toelichting _____

Datum eerste GRZ-behandelingactiviteiten (kan afwijken van opnamedatum) □□-□□-□□□□

Is de GRZ-behandeling tussentijds onderbroken, zo ja wanneer en de reden _____

(2) Toelichting op medische redenen _____

o Toestemmingsaanvraag voortijdige sluiting GRZ binnen 42 dagen

Om deze aanvraag te beoordelen ontvangen wij graag de volgende informatie;

- Initiële diagnose en nieuwe diagnose inclusief medische onderbouwing en toelichting.

- Ingangsdatum van de gevraagde zorg

- Graag toevoegen: behandelverslag en behandelplan incl. de data waarop verzekerde in eerste instantie is opgenomen in de GRZ, vervolgens met ontslag is gegaan dan wel in het ziekenhuis is opgenomen en tot slot wanneer verzekerde wederom in de GRZ is opgenomen.

3. Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam _____ Datum: - -

Plaats _____

Handtekening aanvrager _____

Alles ingevuld?

Wij verzoeken u om dit formulier na invullen in een gesloten envelop met daarop vermeld MEDISCH GEHEIM te sturen naar:
Zorg en Zekerheid, Adviserend Geneeskundige GRZ Antwoordnummer 10089, 2300 VB LEIDEN

U kunt ons ook mailen: machtigingen@zorgenzekerheid.nl.



Postbus 400
2300 AK Leiden



zorgenzekerheid.nl
071 - 582 58 25



K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.