

Aanvraagformulier ziekenvervoer

Het is noodzakelijk dat uw behandelend arts deel 2 en 3 invult en ondertekent. U vult de overige punten zelf in.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Straat	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Geboortedatum	Relatienummer
Telefoonnummer	E-mailadres

2. Medische verklaring van de arts

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan in een ziekenhuis of dialysecentrum.
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, (hyperbare zuurstoftherapie na) radiotherapie of immuuntherapie ondergaan.
- Verzekerde is buitenshuis permanent afhankelijk van een rolstoel. Ja Nee
- Gebruikt de verzekerde bij het voortbewegen buitenshuis één van onderstaande (loophulp)middelen?
 (elektrische) rolstoel scootmobiel aangepaste auto rollator looprek krukken drie/vierpoot anders
 - Hoe lang is de verzekerde naar verwachting uitsluitend rolstoelafhankelijk buitenshuis? _____
 - Is er verbetering te verwachten in de mobiliteit? Ja* Nee
- * Zo ja, graag toelichten: _____
- Verzekerde moet in verband met ambulante geriatrische revalidatie (GRZ) vervoerd worden (verwijzer dient een specialist ouderengeneeskunde te zijn).
- Waar en vanaf wanneer wordt de GRZ verleend? _____
 - Hoe lang zal het ambulante traject naar verwachting duren? _____
 - Wat is de ontslagdatum vanuit het ziekenhuis? _____
- Verzekerde heeft een dusdanig beperkt gezichtsvermogen dat begeleiding noodzakelijk is.
- Visus links (OS) _____ Visus rechts (OD) _____
- Is er sprake van een medische aandoening? _____
 - Is begeleiding buitenshuis noodzakelijk? _____
- Verzekerde is jonger dan 18 jaar en aangewezen op permanente verzorging en verpleging vanwege een handicap of complexe lichamelijke problematiek (intensieve kindzorg).
- Naar welk verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice is dit ziekenvervoer? _____
- Hoeveel maanden zal het traject naar verwachting duren? _____
 - Hoeveel dagen per week is vervoer benodigd? _____
- Verzekerde is aangewezen op vervoer voor zorg in een groep als onderdeel van de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen die thuis wonen (GZSP).
- Hoeveel maanden zal het traject naar verwachting duren? _____
 - Hoeveel dagen per week is vervoer benodigd? _____
- Verzekerde is langdurig en/of frequent aangewezen op vervoer als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening en doet een beroep op de zogenaamde hardheidsclausule. Dit is afhankelijk van de duur, frequentie en de afstand.
- (Let op: als u hardheidsclausule aanvinkt, dient u ook stap 4 in te vullen)**
- Aantal maanden dat de behandeling gaat duren _____
 - Aantal dagen per week dat de verzekerde voor behandeling moet reizen _____
 - Is er sprake van een klinische opname doordeweeks? Ja Nee
- Overig, namelijk: _____
- Verzekerde heeft resocialisatieverlof. **(Let op: voor weekend- en/of vakantieverlof is geen vergoeding tenzij de instelling sluit)**
- Waar is de verzekerde momenteel opgenomen (naam en adres instelling) _____
 - Hoe lang is verlof van toepassing? _____
- Heeft de aanvraag betrekking op vervoer in verband met een orgaantransplantatie?
- Ja, verzekerde is gever Ja, verzekerde is ontvanger Nee

3. Vervoerswijze

Is voor het vervoer van de verzekerde begeleiding medisch noodzakelijk? *Ja Nee

* Zo ja, vult u dan hier de reden in (medische onderbouwing behandelend arts verplicht): _____

Kan de verzekerde reizen met eigen vervoer of openbaar vervoer? Ja Nee*

* Zo nee, vult u dan hier de reden in: _____

Betreft de reis een enkele afstand van 200 kilometer of meer? Ja* Nee

* Zo ja, vult u dan hier de reden in: _____

Naam arts _____

AGB-code (behandelend arts) _____

Handtekening arts:

Plaats _____

Datum: --

Stempel arts: _____

4. Verklaring van de verzekerde

Wanneer u een beroep doet op de hardheidsclausule vult u zelf onderstaande gegevens in:

Zorgverlener	Plaats	Behandelperiode	Aantal behandelingen	Reisafstand enkele reis

5. Ondertekening

Verzekerde verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord. Door ondertekening van dit formulier geeft u Zorg en Zekerheid toestemming om (wanneer nodig) aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar.

Naam: _____

Handtekening aanvrager:

Datum: --

Plaats: _____

6. Overige informatie

Er is alleen vergoeding voor vervoer naar specifieke bestemmingen, zoals zorgverleners of instellingen waar u zorg ontvangt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk uit de basisverzekering worden vergoed. U ontvangt geen vergoeding voor vervoer naar bestemmingen waar de kosten van de geleverde zorg vanuit uw aanvullende verzekering vergoed worden. Voor ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar. Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor deze eigen bijdrage. Houd er rekening mee dat de kosten van ziekenvervoer ten laste kunnen komen van het wettelijk verplichte en eventuele vrijwillige eigen risico. Voor de volledige uitleg verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden artikel 21.3 t/m 21.6. Daarnaast vindt u meer informatie via <https://service.zorgenzekerheid.nl/vergoedingzoeker/reiskosten-ziekenvervoer>.

Heeft u vragen over dit aanvraagformulier of andere vervoersvragen? Dan kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via (071) 5 825 850. In het geval van spoedaanvragen (ritten nodig binnen 3 werkdagen), dan kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via (071) 5 825 700. Als u al in het bezit bent van een machtiging kunt u voor het bestellen van een taxi contact opnemen met ZCN-Totaalvervoer. Zij zijn bereikbaar op werkdagen van 06:00 en 00:00 uur via 010 - 280 81 82.

Alles ingevuld? Aanvragen kunnen bij voorkeur verstuurd worden naar ons mailadres: machtigingen@zorgenzekerheid.nl. Verstuur deze aanvraag (met de benodigde informatie) naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK LEIDEN. Graag op de envelop 'Medisch Geheim' vermelden. Wij zijn verplicht na te gaan of u ingezetene bent van Nederland. Zorg en Zekerheid hanteert de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen.



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.