

Declaratieformulier Stroomkosten mechanische beademing in de thuissituatie

Vul dit formulier alleen in als u gebruik maakt van mechanische beademing in uw thuissituatie.

Mechanische beademing: Bij een ernstige (long)ziekte of als u in coma ligt, kunt u soms niet zelfstandig (voldoende) ademen. De ademhaling kan dan worden overgenomen door een beademingsapparaat. Dit heet ook wel mechanische beademing en gebeurt meestal in een ziekenhuis. Als uw medische situatie dat toelaat krijgt u de beademing thuis. Een centrum voor thuisbeademing begeleidt u en uw familie of mantelzorgers daarbij. Voor de stroomkosten van deze vorm van beademing is dit declaratieformulier bedoeld.

U gebruikt dit formulier niet als u gebruik maakt van een Zuurstofconcentrator of CPAP-apparaat.

Zuurstofconcentrator: Bij zuurstoftherapie krijgt men extra zuurstof toegediend via bijvoorbeeld een concentrator of draagbare fles. Dit wordt gebruikt bij bijvoorbeeld COPD of taaislijmziekte. Een vergoeding (per uur) voor deze stroomkosten vindt plaats via de leverancier. **CPAP-apparaat:** apparatuur die zorgt voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen waardoor de luchtwegen worden open gehouden. Dit wordt gebruikt bij bijvoorbeeld slaapapneu. Voor deze ondersteuning is er geen stroomkostenvergoeding.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam		m	v
Straat	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum	Relatienummer		
Telefoon			
E-mailadres			

2. Aantal uren dat u declareert

Wilt u alstublieft per kwartaal declareren? Vul alleen een nieuwe regel in, als het aantal uur per dag verandert.

Aantal uur per dag	Startdatum	Einddatum

3. Periodes waarin u niet in de thuissituatie verbleef

Bent u in de periode(s) hierboven opgenomen geweest in een ziekenhuis of instelling? nee ja

Zo ja, vul dit hieronder in:

Naam ziekenhuis of instelling	Startdatum opname	Einddatum opname

ZZ-00000-0922-1.0



4. Extra informatie

Wie is de leverancier van uw beademingsapparatuur?

Bij welk ziekenhuis bent u onder behandeling voor de aandoening waarvoor u de beademingsapparatuur gebruikt?

5. Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam _____

Datum

□□ - □□ - □□□□

Plaats _____

Handtekening

Heeft u alles ingevuld? Sla dit document dan op en verstuur dit via de Zorg en Zekerheid declaratieapp op uw telefoon of via MijnZZ. U kunt dit document ook uitprinten en opsturen naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden. Aanvragen kunnen bij voorkeur verstuurd worden naar ons mailadres: declaraties@zorgenzekerheid.nl. 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](https://www.zorgenzekerheid.nl)
071 - 582 58 25



K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.