



Via onze app

Vul de PDF digitaal in en upload deze (of een foto of scan van het handmatig ingevulde formulier)



Via de post

Stuur het ingevulde formulier met bijlage(n) naar: *Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden*

Declaratieformulier Stroomkosten mechanische beademing in de thuissituatie

Vul dit formulier alleen in als u gebruikmaakt 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-apparatuur.

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-apparatuur: apparatuur die zorgt voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen waardoor de luchtwegen worden opengehouden. Dit wordt gebruikt bij bijvoorbeeld slaapapneu. Voor deze ondersteuning is er geen stroomkostenvergoeding.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam

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?

Ja

Nee

Zo ja, vul dit hieronder in:

Naam ziekenhuis of instelling	Startdatum opname	Einddatum opname

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

⚠ Als u dit formulier instuurt via de app, is het niet nodig hier uw handtekening te zetten. Uw inlog met DigiD is voldoende.



Postbus 400
2300 AK Leiden



zorgzekerheid.nl
071 - 582 58 25



K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.