

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 _____

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 blijvend 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 _____

- Hoelang is de verzekerde naar verwachting alleen 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 moet een specialist ouderengeneeskunde zijn).

- Waar en vanaf wanneer wordt de GRZ verleend? _____

- Hoelang zal het 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 kindershospice is dit ziekenvervoer? _____

- Hoeveel maanden zal het traject naar verwachting duren? _____

- Hoeveel dagen per week is vervoer nodig? _____

☐ 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 nodig? _____

☐ Verzekerde is langdurig en/of frequent aangewezen op vervoer door 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, moet u ook stap 4 invullen)

- 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 op dit moment opgenomen (naam en adres instelling) _____

- Hoelang is verlof van toepassing? _____

☐ Gaat deze aanvraag over 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 op te vragen bij de behandelaar.

Naam: _____

Datum: --

Handtekening aanvrager: _____

Plaats: _____

6. Overige informatie

Er is alleen vergoeding voor vervoer naar specifieke bestemmingen, zoals zorgverleners of instellingen waar u zorg ontvangt waarvan de kosten helemaal of voor een deel 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. U kunt alles nalezen in de polisvoorwaarden artikel 21.3 t/m 21.6. Ook vindt u meer informatie via **vergoedingenzoeker/reiskosten-ziekenvervoer**.

Heeft u vragen over dit aanvraagformulier of andere vervoersvragen? Neem dan contact op met Zorg en Zekerheid via 071 - 582 58 50. Voor spoedaanvragen (ritten nodig binnen 3 werkdagen), kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via 071 - 582 57 00. Als u al een machtiging heeft kunt u voor het bestellen van een taxi contact opnemen met ZCN-Totaalvervoer. Zij zijn bereikbaar op werkdagen van 06:00 uur tot 00:00 uur via 010 - 280 81 82.

U kunt deze aanvraag e-mailen naar machtigingen@zorgenzekerheid.nl. Of stuur het via de post naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden. Schrijf op de envelop 'Medisch geheim'.

