

Wilt u een PGB aanvragen of verlengen?

Vul dan dit formulier in en stuur het naar ons op.

1: Wie vult het formulier in?

Deel 1 van de aanvraag wordt ingevuld door de wijkverpleegkundige.

Deel 2 en deel 3 wordt door uzelf, de verzekerde ingevuld.

2: Dit heeft u nodig om het formulier in te vullen

- Een wijkverpleegkundige BIG geregistreerd + niveau 5 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder)
- Een BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige niveau 5 werkzaam bij een BINKZ aangesloten zorgverlener (voor verzekerden jonger dan 18 jaar)
- Een medicijnenlijst (op te vragen bij de huisarts)
- Een overzicht van uw gezondheidsproblemen waarvoor u een pgb aanvraag doet (op te vragen bij de huisarts)
- Een geldig identiteitsbewijs
- Uw zorgpas
- Een overzicht van degene(n) die de zorg gaan leveren en hun vervanging als ze afwezig zijn
- Naam en adres en indien van toepassing: AGB code
- Gegevens van voogd, curator, mentor of bewindvoerder en kopie beschikking van de rechtbank of van de notariële akte (indien van toepassing)
- Verklaring van de arts in geval van Palliatief Terminale Zorg

3: Stuur het formulier naar ons op

Hieronder vindt u een checklist van wat u opstuurt naar ons.

- Deel 1 van het formulier; voor de verpleegkundige
- Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg
- Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier (alleen als u hiervoor toestemming heeft gegeven). Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur
- Deel 2 van het formulier; voor de verzekerde.
Deel 3 van het formulier; altijd invullen ook als er geen sprake is van een (wettelijk) vertegenwoordiger
- Kopie van de uitspraak van de rechtbank over de vertegenwoordiging (indien van toepassing)
- Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ("beschikking") van de rechtbank of van de notariële akte
- Kopie van een geldig identiteitsbewijs als u de ouder, wettelijke vertegenwoordiger, bent van een kind jonger dan 18 jaar.

Stuur de aanvraag (met postzegel) naar:

Zorg en Zekerheid
afd. PGB Zorgverzekeringswet
Postbus 400
2300 AK Leiden

BELANGRIJK!

Controleer voor verzending of het aanvraagformulier volledig is ingevuld en ondertekend.

Wij kunnen u het snelste helpen als alles meteen goed en compleet is ingevuld.

DEEL 1: Verpleegkundige deel

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde en/of een (wettelijke) vertegenwoordiger¹. Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

1. Gegevens verzekerde

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

2. Gegevens indicierend verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register)	
Telefoonnummer	E-mail
BIG nummer	Niveau opleiding
Naam indicerende organisatie	AGB-code indicerende organisatie
	AGB-code indicierend wijkverpleegkundige

3. Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

De zorgvraag betreft:

- Verpleging of verzorging voor de verzekerde langer dan één jaar
 Verpleging en verzorging tot 18 jaar²
 Palliatieve terminale zorg (PTZ)

Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde.

zie uitgeprinte deel elektronisch cliëntendossier³ _____

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde.

zie uitgeprinte deel elektronisch cliëntendossier³ _____

Wat is de reden van uw aanvraag?

- Het betreft een eerste aanvraag voor een pgb
 Verzekerde ontvangt reeds wijkverpleging maar wil geheel of gedeeltelijk gaan voorzien in de zorg in de vorm van een pgb.
 Het betreft een verlenging van een pgb.
 Er is sprake van een nieuwe indicatie omdat de zorgbehoefte is gewijzigd. Geef een korte omschrijving van de wijziging:

Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging.

Zie uitgeprinte deel elektronisch cliëntendossier waarin is opgenomen:

- omschrijving handelingen, geïndiceerde tijdsduur per handeling en aantal keren per week
- soort (PV/VP)
- totaal aantal uren/minuten per week of omschrijf in onderstaande tabellen de noodzakelijke zorg

¹ Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar, één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

² De indicatie dient gesteld te zijn door een BIG geregistreerde HBO kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij de BINKZ aangesloten zorgverlener.

³ Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden. Een digitale versie van de anamnese heeft de voorkeur.

Verzorging

Omschrijving handelingen	Minuten/uren	Aantal keren per week	Totaal aantal uren/ minuten per week

Verpleging

Omschrijving handelingen	Minuten/uren	Aantal keren per week	Totaal aantal uren/ minuten per week

Wordt de zelfredzaamheid op dit moment nog bevorderd of bestaan hier naar uw inzicht misschien nog mogelijkheden?

Zo ja, op welke wijze? Over welk tijdsbestek gaat het gaan? Is er bijvoorbeeld verbetering mogelijk door:

- inzet hulpmiddelen
- verdere therapie of revalidatie
- bevordering van de zelfredzaamheid door inzet wijkverpleging

Licht kort toe _____

Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag.

zie uitgeprinte deel elektronisch cliëntendossier³ _____

Omschrijf wat er met de verzekerde is afgesproken over onbetaalde zorg die door familie (mantelzorg netwerk) wordt geleverd.

zie uitgeprinte deel elektronisch cliëntendossier³ _____

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet of Wet langdurige zorg (Wlz)? Denk hierbij aan: begeleiding, dagopvang, logeer opvang, vervoer, hulpmiddelen, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp.

Ja, namelijk _____

Nee

Zou er volgens u mogelijk sprake zijn van een situatie die zou kunnen vallen onder het domein WLZ? Licht kort toe.

Ja, namelijk _____

Nee, namelijk _____

Omschrijf of verzekerde zorg nodig heeft

- die vooraf slecht te plannen is, omdat deze nodig op verschillende tijden en/of korte momenten op de dagen en/of op afroep en/of
- op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties en/of
- die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep en/of
- waarbij het noodzakelijk is dat deze zorg geleverd wordt door vaste zorgaanbieders in verband met de specifieke zorgverlening die nodig is en/of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen en/of voeg uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier³ toe

4. Over de door u vastgestelde indicatie

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week voor Zorg in Natura (ZIN)

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en/of verzorging per week	Nieuwe indicatie	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)
Verpleging ⁴ uren / minuten per week		(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten
Persoonlijke Verzorging ⁵ uren / minuten per week		(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Toelichting op de wijziging van de indicatie: _____

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week voor voor het Zvw-pgb

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en/of verzorging per week	Nieuwe indicatie	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)
Verpleging ⁴ uren / minuten per week		(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten
Persoonlijke Verzorging ⁵ uren / minuten per week		(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Toelichting op de wijziging van de indicatie: _____

Voor welke periode is deze zorg nodig (zowel ingang als einddatum invullen)

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)	Datum ingang pgb	Datum einde pgb (tot en met)
Verpleging				
Persoonlijke Verzorging				

Naam verzekerde en/of wettelijke vertegenwoordiger(s)* _____

Datum --

⁴ Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen- (beleidsregel Nza BR/CU-7138)

⁵ Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (beleidsregel Nza BR/CU-7138) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

Met wie heeft u de zorgbehoefte besproken

Verzekerde zelf erkende tolk, naam: _____

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde overige, naam: _____

Indien ja, naam (wettelijke) vertegenwoordiger: _____

Is de huisarts op de hoogte gebracht van de pgb aanvraag?

Ja, op de volgende wijze: _____

Nee, omdat: _____

Op welk(e) moment(en) evalueert u of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen?

Datum 1: _____ Datum 2 (optioneel): _____

Motivatie (optioneel): _____

5. In geval van zorg aan kinderen tot 18 jaar

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts: _____

Ziekenhuis: _____

specialisme en telefoonnummer toevoegen _____

6. In geval van PTZ

Indien ja, welke arts heeft de verklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts: _____

Ziekenhuis: _____

Vergeet u niet de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat verzekerde aangewezen is op PTZ. Uit deze verklaring moet blijken dat de levensverwachting minder dan drie maanden is. Daarbij vragen wij een korte toelichting over de huidige medische situatie.

7. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN.
- dat de zorgbehoefte van de verzekerde in de eigen thuissituatie is beoordeeld, waar de verzekerde zelf bij was.
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie.
- er geen 'gebruikelijke' zorg is meegenomen in de indicatie.
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk. Ik verklaar dat de afgegeven indicatie voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN.

Naam Verpleegkundige _____ Datum --

Handtekening Verpleegkundige:

8. Ondertekening door de verzekerde

Ik verklaar dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag.

Ik verklaar dat de vastgestelde zorgbehoefte met mij is besproken.

Ik verklaar dat ik naast deze indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik.

Handtekening verzekerde:

(vereist indien de verzekerde ouder is dan 18 jaar én niet onder curatele is gesteld).

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger(s) (indien van toepassing) **

* Is er een minderjarige budgethouder en hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

** Met uitzondering van een bewindvoerder.

Als het aanvraagformulier pgb niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.

4. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1° of 2° graad	AGB code *
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- uw zorgaanbieder een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een informele zorgaanbieder die niet BIG geregistreerd is als verpleegkundige niveau 4 of niveau 5.

Voor alle formele zorgaanbieders vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen.

Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl

5. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Persoonsgebonden Budget (pgb) en/of door uw zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder mag niet boven de door verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u van uw zorgaanbieder(s) wil inkopen

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	PGB/ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
			<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN

Wilt u uw pgb op een latere datum in laten gaan?

Nee

Ja, namelijk op --

Beschrijf hieronder waarvoor u zorg gaat ontvangen

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

6. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar.
- dat ik er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien.
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten).
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement pgb vv.
- dat ik alle gegevens naar waarheid heb ingevuld.

Naam verzekerde en/of
wettelijke vertegenwoordiger(s)*

Datum --

Handtekening verzekerde:

(vereist indien de verzekerde ouder is dan 18 jaar én niet onder curatele is gesteld).

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger(s):

(indien van toepassing) **

* Is er een minderjarige budgethouder en hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

** Met uitzondering van een bewindvoerder.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U dient de complete set voor uw aanvraag naar uw zorgverzekeraar te sturen, bestaande uit:

- verpleegkundig deel (deel 1)
- verzekerde deel (deel 2)
- (wettelijk) vertegenwoordiger deel (deel 3)

DEEL 3: een (wettelijke) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Gegevens verzekerde

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

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

- Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger: vul gegevens hieronder in en stuur de gevraagde stukken mee *
- Ja, namelijk vertegenwoordiger: vul gegevens hieronder in en stuur de gevraagde stukken mee *
- Nee

Vul hier de gegevens in van de (wettelijke) vertegenwoordiger

Voorletters en achternaam	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Adres	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Geboortedatum	Relatienummer
Telefoonnummer	Relatie tot verzekerde

Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is

Naam organisatie	
KvK nummer organisatie	
Adres	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Contactpersoon	Telefoonnummer

*** Wat stuurt u met dit formulier mee?**

- Indien u een voogd of bewindvoerder bent dient u een beschikking van de rechtbank mee te sturen.
- Indien een bloed- of aanverwant 1e of 2e graad als vertegenwoordiger is aangewezen dient u een kopie van een geldig identiteitsbewijs van deze persoon mee te sturen.

Datum:

Handtekening verzekerde:

Handtekening (wettelijke) vertegenwoordiger: