

1. Gegevens Instelling

Naam instelling	AGB code
Naam aanvrager	Functie aanvrager
AGB code aanvrager	
Telefoonnummer	E-Mailadres
Relatienummer verzekerde	Geboortedatum verzekerde

2. Medische diagnose

3. Verpleegkundige diagnose

Kopie van verpleegplan/zorgplan (toevoegen).

4. Uw motivatie waarom zorg niet binnen 12 uur past

5. Heeft u nog andere argumenten om uw verzoek verder te onderbouwen?

6. Startdatum Zorg

7. Declaratiecode _____ **Prestatiecode** _____

Alles ingevuld? Verstuur de aanvraag naar machtigingen@zorgenzekerheid.nl.

Eventueel kunnen aanvragen ook per post verstuurd worden naar Zorg en Zekerheid, postbus 400, 2300 AK LEIDEN.

Gelieve op de envelop 'Medisch Geheim' te vermelden.

8. Datum

Handtekening