

Met dit formulier kunt u een machtiging aanvragen voor wijkverpleging door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener is geen machtiging nodig, tenzij meer dan 12 uur zorg per dag nodig is. Op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker vindt u de zorgverleners waarmee wij een contract hebben.

Indien u een geldige indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg voor de Wet Langdurige Zorg heeft, is er geen recht op vergoeding voor wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet. Neem in dat geval contact op met uw Zorgkantoor.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam _____ m v

Straat _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboortedatum _____ Relatienummer _____

Telefoonnummer _____ E-mailadres _____

2. Aanvraag gedaan namens verzekerde (indien van toepassing)

Voorletters en achternaam _____

AGB code _____ E-mailadres _____

Handtekening aanvrager _____ Handtekening verzekerde voor akkoord _____

3. Gegevens indicerend verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-register) _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

BIG-nummer _____

Niveau opleiding _____

Naam organisatie _____

AGB-code organisatie _____

Om deze machtigingsaanvraag in behandeling te kunnen nemen, dient u een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van uw indicerend verpleegkundige toe te voegen. Een uittreksel uit het diplomaregister van DUO volstaat ook.

4. Wat is de reden van de machtigingsaanvraag?

- Eerste zorgaanvraag niet-gecontracteerde wijkverpleging
- Kortdurende zorg (maximaal 3 maanden)
 - Langdurige (chronische) zorg langer dan 3 maanden
 - Terminale zorg
- Verlenging/wijziging van de machtiging
- Mijn zorgbehoefte is gewijzigd
 - Mijn zorgverlener is gewijzigd
 - Mijn machtiging is verlopen

5. Indicatie gegevens

Wanneer is de startdatum van de zorg: _____

Wat is de start- en einddatum van de indicatie? Startdatum: _____ Einddatum: _____

De maximale duur van een indicatie is een jaar. Bij langdurige zorg volgt jaarlijks een herindicatie. Deze vindt plaats voor het verstrijken van de einddatum van de gestelde indicatie of eerder indien de zorgbehoefte structureel wijzigt.

Geïndiceerde zorgprestaties (per week):

- | | | |
|---|-----------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Verzorging code 1000 | _____ uur | _____ minuten |
| Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | _____ uur | _____ minuten |
| <input type="checkbox"/> Oproepbare verzorging code 1001 | _____ uur | _____ minuten |
| Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | _____ uur | _____ minuten |
| <input type="checkbox"/> Verpleging code 1002 | _____ uur | _____ minuten |
| Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | _____ uur | _____ minuten |
| <input type="checkbox"/> Oproepbare verpleging code 1003 | _____ uur | _____ minuten |
| Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | _____ uur | _____ minuten |
| <input type="checkbox"/> Gespecialiseerde verpleging code 1004 | _____ uur | _____ minuten |
| Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | _____ uur | _____ minuten |
| <input type="checkbox"/> Advies, instructie en voorlichting code 1005 | _____ uur | _____ minuten |
| Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | _____ uur | _____ minuten |

Toelichting op de gewijzigde indicatie: _____

6. Wie levert de zorg?

- De indicierend verpleegkundige
- Anders namelijk:

Zorgorganisatie/ zorgverlener	Praktijk AGB-Code	Persoonlijke AGB-Code	Verpleging aantal minuten per week	Verzorging aantal minuten per week

7. Verklaring door indicierend verpleegkundige

Ik verklaar:

- dat de geïndiceerde zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet.
- dat de inhoud van het zorgplan met de verzekerde is besproken.
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.

Datum --

Naam indicierend verpleegkundige _____ Handtekening indicierend verpleegkundige _____

Paraaf verzekerde

8. Verklaring door verzekerde

Ik verklaar:

- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz).
- dat de inhoud van het zorgplan met mij is besproken.
- dat de verpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken.
- dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 2 weken kenbaar maak aan Zorg en Zekerheid, in de vorm van een nieuwe aanvraag.
- dat ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan Zorg en Zekerheid, indien Zorg en Zekerheid daarom vraagt.
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.
- dat ik weet dat verzwijging van de voor Zorg en Zekerheid belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Ik geef toestemming:

- dat Zorg en Zekerheid contact opneemt met de indicierend verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten om ontbrekende en benodigde (medische) gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging op te vragen.

Datum --

Naam verzekerde _____ Handtekening verzekerde _____

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

In alle gevallen:

- een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van de indicierend verpleegkundige. Een uittreksel uit het diplomaregister van DUO volstaat ook.
- het volledige zorgplan (ondertekend door indicierend verpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normen kader).

In geval van zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar:

- een kopie van het diploma kinderverpleegkundige of eventuele kinderaantekening van degene die de indicatie heeft gesteld.

In geval van gespecialiseerde verpleging:

- een uitvoeringsverzoek van een zelfstandig bevoegd functionaris (= arts of Nurse Practitioner).

In geval van terminale zorg:

- een verklaring van een arts dat de levensverwachting van de verzekerde naar verwachting korter dan drie maanden is.

Het ingevulde formulier, inclusief bijlagen, kunt u per e-mail versturen naar: machtigingenwijkverpleging@zorgenzekerheid.nl of per post naar:

Zorg en Zekerheid

t.a.v. adviserend verpleegkundige

Postbus 400, 2300 AK Leiden

Indien het aanvraagformulier niet-gecontracteerde wijkverpleging onvolledig is ingevuld en/of ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.