



# Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Dit formulier moet worden ingevuld door de verzekerde en door de arts die de verzekerde behandelt



## Gegevens aanvrager

Naam verzekerde: .....

Adres: .....

Postcode / woonplaats: .....

Relatienummer: ..... Geboortedatum: .....

Telefoonnummer thuis: ..... Telefoonnummer werk: .....

### Is er sprake van een afwijkend verpleegadres, vul dan hierna het verpleegadres in.

Naam verpleeginstelling .....

Verpleegadres: ..... Postcode / woonplaats: .....

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

### Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u **vooraf** toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. Met deze aanvraag kan CZ bepalen of u een vergoeding krijgt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar een behandeling plaatsvindt, waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Stuur het volledig ingevulde formulier naar CZ. **Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.** Het kan alsnog noodzakelijk zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Indien u hiermee niet kunt instemmen, verzoeken wij u dit hier aan te geven:

ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar.

U ontvangt per post een akkoordverklaring van CZ en een apart declaratieformulier. Als wij uw aanvraag afwijzen, laten wij u dit ook weten. Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u meteen aan ons door te geven zoals bijvoorbeeld een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. CZ behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van het Burgerlijk Wetboek tot terugvordering overgegaan kunnen worden.

### DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (vult u a.u.b. het hele formulier in)

#### 1. Nierdialyse

Krijgt u een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

nee  ja

#### 2. Behandeling met bestraling (radiotherapie) of chemotherapie

Krijgt u een bestraling of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte?

nee  ja

Wat is de begindatum van uw bestraling of chemotherapie? .....

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal? .....

Krijgt u chemotherapie toegediend via een infuus of in tabletvorm? .....

#### 3. Rolstoel

Bent u permanent rolstoelafhankelijk?

nee  ja evt. toelichting.....

Gebruikt u de rolstoel tijdelijk?  nee  ja, nl. tot.....

Hebt u een (opvouwbare) rolstoel, een voor uw handicap aangepaste auto, scootmobiel of rolstoel met motor?

nee  Ja, **stuur dan een kopie van de WMO-beschikking mee.**

#### 4. Beperking gezichtsvermogen

Kunt u zo slecht zien, dat u niet zonder begeleiding met het openbaar vervoer of de auto kunt reizen?  nee  ja

Is er sprake van een gezichtsveldbeperking?  ja  nee

Wat is uw visuswaarde links en rechts? links ..... rechts .....

Is er sprake van een oogoperatie?  ja  nee



**5a. Langdurige ziekte of aandoening** (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Wordt u behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

nee  ja

Welke ziekte of aandoening hebt u? .....

Hoe lang gaat de behandeling duren? .....

Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan? .....

Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling? .....

**5b. Vervoer naar een deeltijdbehandeling geestelijke gezondheidszorg in een AWBZ-instelling.** (Deze vraag hoeft u alleen in te vullen als u bij vraag 5a ja hebt geantwoord en gebruikmaakt van ggz-vervoer)

Voor het aanvragen van vervoer naar een deeltijdbehandeling geestelijke gezondheidszorg in een AWBZ-instelling dient er een uitgebreid behandelplan te worden meegestuurd. In dit behandelplan moet duidelijk vermeld staan of er sprake is van ondersteunende begeleiding of geneeskundige zorg volgens de Zorgverzekeringswet. Tevens dient bij vervoer voor kinderen duidelijk te worden aangegeven hoeveel dagen per week het schoolbezoek betreft in vergelijking tot het aantal dagen per week waarop behandeling plaatsvindt.

Naam en adres van de instelling waar u naartoe gaat .....

**6. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)**

**Wat is de eerste dag van uw vervoer?** .....

Kunt u reizen met eigen vervoer?  nee  ja

Kunt u reizen met het openbaar vervoer?  nee  ja -> Is een begeleider uit medisch oogpunt noodzakelijk?  ja  nee

Kunt u alleen reizen met taxivervoer?  nee  ja -> Is een begeleider uit medisch oogpunt noodzakelijk?  ja  nee

Is dit een normale taxi?  nee  ja

Is dit een rolstoeltaxi?  nee  ja

**Krijgt u een akkoordverklaring van CZ en wilt u een volledige vergoeding voor zittend ziekenvervoer?**

**Dan moet u kiezen voor een taxivervoerder waarmee CZ een overeenkomst heeft.**

Hebt u al een keus voor een taxibedrijf gemaakt?  ja, nl.....

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk). Hoe vaak per maand?

- .....
- .....
- .....

**CZ gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.**

**Naar waarheid ingevuld**

**Naam verzekerde:** ..... **Datum:** .....

**Plaats:** ..... **Handtekening verzekerde:** .....

**Door de arts die u behandelt in te vullen**

Bovenstaande gegevens zijn juist.  ja  nee

Bij de patiënt is voor zittend ziekenvervoer begeleiding medisch noodzakelijk.  ja  nee

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk:

Eventuele toelichting:

**Als de patiënt slecht kan zien, wat is de visusmeting:** **linkeroog** ..... **rechteroog** .....

**Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens van de verzekerde**

**AGB-code of BIG-inschrijfnummer/stempel:** ..... **Handtekening:** .....



**Dit formulier kunt u in de antwoordvelop sturen naar:**

CZ, afdeling Medische beoordelingen en Zorgservice PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg

**Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen en Zorgservice PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27.**