



Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Let op: graag binnen de hokjes schrijven.

Toelichting

Met dit formulier kunt u om toestemming vragen voor zittend ziekenvervoer. Kruis hiernaast aan of het om een eerste aanvraag of een verlenging gaat. Laat vervolgens uw huisarts of behandelend arts deel 1 invullen. Vul zelf uw persoonsgegevens en deel 2 in. Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van u en uw (huis)arts erop staan. Wij nemen namelijk alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling.

- eerste aanvraag
 verlengingsaanvraag

Stuur het formulier naar ons. U krijgt daarna van ons een goedkeuring of afwijzing.

Uw gegevens

Naam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
Adres	Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats	
Klantnummer	Geboortedatum	Burgerservicenummer
Telefoonnummer	E-mailadres	

In te vullen door arts (deel 1)

1. Kruis hieronder aan wat van toepassing is.

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
 Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan
 Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
 Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Verzekerde heeft een verminderd gezichtsvermogen. De visusmeting is:

Rechteroog Linkeroog

Verzekerde heeft géén verminderd gezichtsvermogen. De diagnose is:

- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week / maand behandeld worden:

Aantal maanden dat de behandeling gaat duren

Aantal kilometers van huis naar behandeladres, enkele reis

Gemiddeld aantal dagen dat verzekerde vervoer nodig heeft vanwege de behandeling

per week

per maand

- Verzekerde moet een transplantatie ondergaan. Hij is niet de donor maar de ontvanger

2. Waarom heeft de verzekerde vervoer nodig? Wat is de medische indicatie?

Welke behandeling heeft de verzekerde nodig? Of gaat het om een controleafspraak?

3a. Naar welke instelling of behandelaar moet de verzekerde vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

Adres

Postcode:

3b. Is er sprake van vervoer van kinderen naar een deeltijdbehandeling gecombineerd met schoolbezoek?

Ja Nee Zo ja, wilt u dan onderstaand tabel invullen?

	Aantal behandelingen	Aantal uren school	Is het kind in staat gebruik te maken van leerlingenvervoer
Maandag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Dinsdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Woensdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Donderdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Vrijdag	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

3c. Vinden de behandelingen onder schooltijd plaats? ja nee

Startdatum:

Einddatum:

4. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

5. Is de verzekerde in staat te reizen met eigen vervoer?

ja nee

6. Is de verzekerde in staat te reizen met openbaar vervoer?

ja nee

7. Kan de verzekerde uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

ja nee

8. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?

ja nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts:

Postcode:

Woonplaats:

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

Handtekening en stempel arts:

Datum:

Toelichting bij vraag 5 ►
Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden

In te vullen door verzekerde (deel 2)

Ontvangt u van ons een goedkeuring? Dan geven wij dit door aan de twee gecontracteerde vervoerders in uw postcodegebied. Zij ontvangen van ons de nodige persoons- en medische gegevens. Zo kunnen zij goed inschatten wat voor vervoer u nodig hebt. En nota's rechtstreeks bij ons indienen. Wilt u niet dat wij uw gegevens doorsturen? Geef deze dan zelf door aan uw vervoerder. Mogen wij uw gegevens wel doorsturen? Kruis dan alstublieft het vakje hieronder aan.

Ik ga **AKKOORD** met het verstrekken van mijn gegevens aan de twee gecontracteerde vervoerders in mijn postcodegebied.

Naar waarheid ingevuld

Datum:

Handtekening verzekerde:

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar uw zorgverzekeraar: Zorgverzekeraar VGZ, t.a.v. team machtigingen Vervoer, Postbus 25150, 5600 RS Eindhoven

Bij taxi- en eigen vervoer bepalen we het aantal kilometers per rit op basis van de snelste route. Deze berekenen we met de ANWB-routeplanner.

Let op: bij vervoer met een gecontracteerde vervoerder ontvangt u een volledige vergoeding. Maakt u gebruik van een niet gecontracteerde vervoerder? Dan ontvangt u een maximum vergoeding per beladen kilometer. Beladen kilometer wil zeggen: alleen het aantal kilometers dat u daadwerkelijk in de taxi zit. In beide gevallen betaalt u eerst een wettelijke eigen bijdrage.