

# Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Zorgverzekeraar



## Toelichting

Met dit formulier kan vergoeding voor zittend ziekenvervoer aangevraagd worden ten laste van de Zorgverzekering of (indien van toepassing) de aanvullende verzekering.

De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) kunnen in behandeling worden genomen.

- 1e aanvraag  
 verlengingsaanvraag

## Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Klantnummer:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Burgerservicenummer

## Verklaring van de Arts (deel 1)

### 1. Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

- 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

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting? Rechteroog   Linkeroog

Indien geen sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de diagnose:

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

Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:   Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer t.b.v. de behandeling plaatsvindt:

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding)

- Verzekerde komt in aanmerking voor vervoer in verband met transplantatie van de organen, afhankelijk van de verzekeringsvoorwaarden (uitsluitend t.b.v. de ontvanger)

*S.v.p. aankruisen wat van toepassing is.*

### 2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Toelichting:

### 3. 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:

