

Aanvraagformulier

Toestemming Paramedische Zorg

Alleen behandelingen voor de chronische indicaties uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering komen voor toestemming in aanmerking. Heeft u een overeenkomst met ons? Dan hoeft u geen toestemming aan te vragen voor de volgende indicaties.

- Postoperatieve indicaties XXXX
- Conservatief behandelde fractures XX36
- Status na CVA XX72
- MS/ALS/Spinale spieratrofie XX73
- Dwarslaesie XX76
- M. Parkinson 9374

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde

Geboortedatum

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Voor meer informatie verwijzen wij u naar ons [privacybeleid](#) op onze website.

Gegevens behandeling

Indicatie zoals vastgesteld door de verwijzer: (overnemen van verwijzing)*

**Voeg de verwijzing als bijlage toe*

Diagnosecode

Betreft het een vervolg aanvraag? Ja Nee

Betreft het een vervolg aanvraag voor oedeemtherapie? Ja* Nee

**Vul onderstaande 5 punten in*

1. De behaalde resultaten tot nu toe

2. Verwachting van herstel: mogelijk formuleren als behandeldoelen voor komende periode (SMART)

3. Omvangmetingen linker- en rechterzijde gedurende de behandelperiode (indien van toepassing)

4. Wordt er compressiemateriaal ingezet? (indien van toepassing)

5. Hoe wordt er gestuurd op zelfmanagement?

Kruis aan wat van toepassing is. Let op: vul per situatie alle vakjes in.

Opname:	ontslagdatum		
Bestraling:	datum		
Whiplash:	datum ongeval		
Motorische uitval	Ja	Nee	
Scoliose:	Progressieve scoliose	Aangeboren scoliose	
Soort zorg:	Fysiotherapie	Oefentherapie	Huidtherapie
Locatie zorg:	Praktijk	Aan huis*	

**medische noodzaak dient aangegeven te zijn op de verwijzing*

Ingangsdatum medische behandeling:

Gegevens behandelaar

Naam praktijk:

AGB-code van de praktijk: