

Aanvraagformulier voor machtiging verpleging & verzorging

Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij beoordelen. Voor aanvullende vragen is het van belang dat u bereikbaar bent op het telefoonnummer dat doorgegeven wordt aan ons.

Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam

Geboortedatum

Telefoonnummer

Klantnummer

Gegevens indicierend wijkverpleegkundige

Vul hieronder de gegevens in van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld. De indicierend wijkverpleegkundige hoeft niet degene te zijn die de zorg gaat leveren.

Voor- en achternaam zorgaanbieder (zoals vermeld in het BIG-register)

Telefoonnummer zorgaanbieder

BIG-nummer

Verpleegkundige niveau (minimaal niveau 5)

AGB-code zorgaanbieder

Naam zorgonderneming van indicierend wijkverpleegkundige

AGB-code zorgonderneming van indicierend wijkverpleegkundige

Gegevens indicatie

Wat is de reden van de aanvraag?

Het is een eerste aanvraag

De zorgbehoefte is gewijzigd

De bestaande machtiging is verlopen en er is nog zorg nodig

Wat is de medische noodzaak van de aanvraag?

Om wat voor zorg gaat het?

Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar

Palliatief terminale zorg (PTZ)

Zorg korter dan 1 maand

Zorg korter dan 3 maanden, korter dan gemiddeld 7 uur per week

Zorg korter dan 3 maanden, langer dan gemiddeld 7 uur per week

Zorg langer dan 3 maanden, korter dan gemiddeld 7 uur per week

Zorg langer dan 3 maanden, langer dan gemiddeld 7 uur per week

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en persoonlijke verzorging per week?*

Verpleging (1002, 1003), Verzorging (1000, 1001) en Kindzorg (1039, 1040, 1049) **

Prestatiecode	Begindatum	Einddatum	Minuten per week
---------------	------------	-----------	------------------

1002	Indicatiestelling		
------	-------------------	--	--

Gegevens zorgaanbieder die zorg gaat leveren

Is de indicierend wijkverpleegkundige ook degene die de zorg levert?

Ja

Nee, vul hieronder de gegevens in van degene die de zorg gaat leveren

Naam zorgonderneming/ zorgaanbieder	AGB-code zorgonderneming	AGB-code zorgaanbieder	Verpleging aantal minuten per week	Verzorging aantal minuten per week
--	-----------------------------	---------------------------	--	--

* Is de zorg(vraag) niet goed onderbouwd of worden er te veel minuten/uren (zorgbehoefte) aangevraagd? Dan hebben wij het recht om uw aanvraag gedeeltelijk of volledig af te keuren. Wij machtigen zorg voor maximaal één jaar.

** 1000 persoonlijke verzorging | 1001 oproepbare verzorging | 1002 verpleging | 1003 oproepbare verpleging | 1039 verblijf intensieve kindzorg | 1040 verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg | 1049 verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar

Verklaring door verzekerde

Ik verklaar dat

- de inhoud van het zorgplan met mij, in mijn eigen thuissituatie, is besproken met de wijkverpleegkundige
- de wijkverpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken
- ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die invloed hebben op de aanvraag uiterlijk binnen 4 weken doorgeef in een nieuw aanvraagformulier
- ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn aanvraag
- ik er mee in stem dat er contact wordt opgenomen met de indicerende wijkverpleegkundige, mijn huisarts en/of medisch specialist(en) om mijn (medische) gegevens die horen bij deze aanvraag op te vragen en in te zien
- ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz)
- ik toelichting geef op deze aanvraag wanneer daarom gevraagd wordt
- ik alles naar waarheid heb ingevuld en geen bijzonderheden die te maken hebben met deze aanvraag heb weggelaten
- ik weet dat het weglaten van belangrijke feiten of een onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag kan leiden tot het vervallen van mijn recht op vergoeding of het achteraf terugvragen van de vergoeding

Voor- en achternaam verzekerde

Datum van invullen (dd-mm-jjjj)

Verklaring door wijkverpleegkundige

Ik verklaar dat

- de zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet
- ik als dat nodig is, tijdig (uiterlijk 4 weken van tevoren en in het geval van PTZ 2 weken van tevoren) een nieuwe aanvraag of wijziging indien voor de verzekerde
- de verzekerde geen indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz) heeft
- ik toelichting geef op deze aanvraag wanneer daarom gevraagd wordt
- ik alles naar waarheid heb ingevuld en geen bijzonderheden die te maken hebben met deze aanvraag heb weggelaten
- ik weet dat het weglaten van belangrijke feiten of een onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag kan leiden tot het vervallen van recht op vergoeding of het achteraf terugvragen van de vergoeding

Voor- en achternaam indicerende wijkverpleegkundige

Datum van invullen (dd-mm-jjjj)

Zo maakt u uw aanvraag compleet

Voeg altijd de volgende stukken bij:

- Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (als dit nog niet eerder bij ons is aangeleverd)

Gaat het om zorg langer dan 1 maand en meer dan gemiddeld 7 uur per week of is het een vervolg aanvraag?

Dan ontvangen wij ook graag:

- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader)

In alle gevallen van verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar graag de volgende stukken meesturen:

- Diploma kinderverpleegkundige van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (als dit nog niet eerder bij ons is aangeleverd) of de eventuele kinderaantekening
- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader).

Is er sprake van palliatief terminale zorg (PTZ)?

Dan ontvangen wij ook graag:

- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader)