



Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier sturen naar:
VGZ
t.a.v. team machtigingen
vervoer Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Met dit formulier kunt u om toestemming vragen voor zittend ziekenvervoer.

Kruis hieronder aan of het om een eerste aanvraag of een verlenging gaat. Vul zelf uw persoonsgegevens in en laat vervolgens uw huisarts of medisch specialist zijn/haar onderdeel invullen. Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van u en uw huisarts of medisch specialist erop staan.

- eerste aanvraag
 verlengingsaanvraag

Wij nemen namelijk alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling.

Graag invullen in BLOKLETTERS.

A. Persoonsgegevens (in te vullen door verzekerde)

| | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|--|--|
| Voorletter(s) | Tussenvoegsel(s) | Achternaam | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Geboortedatum | Geslacht | Burgerservicenummer | | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw | <input type="text"/> | | |
| Straat | Huisnummer | Toevoeging huisnummer | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Postcode | Woonplaats | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Telefoonnummer | Mobiel telefoonnummer | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Klantnummer | E-mailadres | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

B. In te vullen door huisarts of medisch specialist

1. Kruis hieronder aan wat van toepassing is:

- Verzekerde moet **nierdialyse** ondergaan.*
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met **chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie** ondergaan.
- Chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie.*
- Controles, chirurgie en/of scans.
- Overig, namelijk
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een **rolstoel** verplaatsen.
- Verzekerde is **visueel gehandicapt** en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen.
- De visusmeting is: Rechteroog Linkeroog Kokerzien graden
- Reden waarom de verzekerde visueel gehandicapt is:
- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week / maand behandeld worden.
- Verzekerde moet een transplantatie ondergaan en is niet de donor maar de ontvanger.

2. Vul hier per bestemming de behandelduur, de afstand en de behandelfrequentie in.

| | Bestemming 1 | Bestemming 2 | Bestemming 3 |
|---|---|---|---|
| Aantal maanden dat de behandeling gaat duren: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aantal kilometers van huis naar behandeladres, enkele reis: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gemiddeld aantal dagen dat verzekerde vervoer nodig heeft vanwege de behandeling: | <input type="text"/> per week <input type="text"/> per maand | <input type="text"/> per week <input type="text"/> per maand | <input type="text"/> per week <input type="text"/> per maand |

3. Wat is de medische indicatie waarvoor de verzekerde vervoer nodig heeft?

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

Is er sprake van klinische opname met **therapeutisch** weekendverlof?

Startdatum: **Einddatum:**

Ja Nee

Is er sprake van (poliklinische) dagbehandeling?

Startdatum: **Einddatum:**

Ja Nee

5a. Naar welke instelling of behandelaar moet de verzekerde vervoerd worden?

Graag per instelling afspraak kaart meesturen.

Vul hier naam, adres, postcode en vestigingsplaats van de instelling(en) in.

5b. Vanaf welk adres moet de verzekerde vervoerd worden?

Vul indien van toepassing naam, adres, postcode en vestigingsplaats van de instelling in.

- Huisadres
- Anders (bijv. zorginstelling of school), namelijk:

6. Is er sprake van vervoer van kinderen naar een (deeltijd)behandeling vóór of na schooltijd?

Ja Nee

Zo ja, vul dan onderstaande tabel in.

| | Maandag | Dinsdag | Woensdag | Donderdag | Vrijdag |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reguliere schooltijden | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Behandeltijden | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Vul hier naam, adres, huisnummer en postcode van de school in.

Bestaat er aanspraak op leerlingenvervoer? Ja Nee

7. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum: **Einddatum:**

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

Ja Nee

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

Ja Nee

10. Kan de verzekerde uitsluitend gebruikmaken van taxivervoer?

Ja Nee

Indien "ja", graag motiveren

11. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? Ja Nee

C. Akkoordverklaring huisarts of medisch specialist

Naar waarheid ingevuld

Naam huisarts of medisch specialist:

Postcode

Plaats

Datum

Handtekening en stempel huisarts of medisch specialist:

AGB-code

D. Akkoordverklaring verzekerde

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde:

Datum

Bij taxi- en eigen vervoer bepalen we het aantal kilometers per rit op basis van de snelste route. Deze berekenen wij met de ANWB-routeplanner. Raadpleeg uw verzekeringsvoorwaarden voor de kilometervergoeding bij eigen vervoer.

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.