



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)

Uitsluitend vervoer i.v.m. nierdialyse of oncologische behandeling, kunt u ook telefonisch aanvragen via onze vervoersdesk: 088-1311600 tussen 8.30 en 17.00 uur

LET OP! dit hoeft u dan niet meer schriftelijk te doen.

Voor alle overige vragen kunt u telefonisch contact opnemen met uw klantenservice.

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 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

Overige reden waarom de verzekerde visueel gehandicapt is:

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

Verzekerde is zintuiglijk gehandicapt

	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 week	<input type="text"/> per week
	<input type="text"/> per maand	<input type="text"/> per maand	<input type="text"/> per maand

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

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

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

3a. 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.

3b. Is er sprake van vervoer van kinderen naar een (deeltijd)behandeling vóór of na schooltijd?

Ja Nee

Zo ja, wilt u dan onderstaande tabel invullen?

Vul hier naam, adres, huisnummer en postcode van de school 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"/>
Behandeltijden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bestaat er aanspraak op leerlingenvervoer? Ja Nee

Eventuele toelichting:

4. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum:

Einddatum:

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 gebruikmaken van taxivervoer?

Ja Nee

Indien "ja", graag motiveren

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

Ja Nee

Toelichting bij vraag 5 ►
Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden

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

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.

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.

D. Akkoordverklaring verzekerde

Ontvangt u van ons een goedkeuring? Dan geven wij dit door aan de twee gecontracteerde vervoerders in uw postcodegebied.

Zij ontvangen van ons uw naam, adres en woonplaats (NAW). Ook kunnen zij de nota's dan 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 NAW-gegevens aan de twee gecontracteerde vervoerders in mijn postcodegebied.

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde:

Datum