

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw Zvw-rgb aan ons doorgeven.

1. Gegevens verzekerde (budgethouder)

Achternaam:	<input type="text"/>	
Voorletters:	<input type="text"/>	M/V: <input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>	
BSN:	<input type="text"/>	
Telefoonnummer:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>	
Relatienummer verzekeraar:	<input type="text"/>	

2. Soort wijziging

Welke wijziging wilt u aan ons doorgeven?	
<input type="checkbox"/>	Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger (ga naar vraag 3)
<input type="checkbox"/>	Opname van langer dan 2 weken in een zorginstelling of ziekenhuis (ga naar vraag 4)
<input type="checkbox"/>	Beëindiging Zvw-rgb (ga naar vraag 5)
<input type="checkbox"/>	Overstap naar Wet Langdurige Zorg (ga naar vraag 5)
<input type="checkbox"/>	Ik of mijn (wettelijk) vertegenwoordiger heeft surseance van betaling aangevraagd of word(t) failliet verklaard, of er is sprake van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (ga naar vraag 5)
<input type="checkbox"/>	Wijziging zorgverlener (ga naar vraag 6)
<input type="checkbox"/>	Start Zorg in Natura naast een al bestaand Zvw-rgb (ga naar vraag 7)
<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk:

NB. Wijzigt de aard, omvang of de duur van uw zorgvraag, of wijzigt de verhouding tussen het Zvw-rgb en Zorg in Natura, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-rgb indienen. Ook als u minder zorg nodig heeft.

3. Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger

Wat is de ingangsdatum van de wijziging?

Datum:

Nieuwe gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en plaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

- Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder. U moet dit formulier samen met de pgb-houder ondertekenen.
- Ik ben benoemd tot wettelijk vertegenwoordiger. U moet dit formulier ondertekenen. Tevens stuurt u een kopie van de beschikking van de rechtbank mee.

4. Opname

Ik word / ben langer dan 2 weken opgenomen in een zorginstelling of ziekenhuis

Opnamedatum:

Naam zorginstelling / ziekenhuis:

Plaatsnaam:

Ontslagdatum (indien bekend):

5. Beëindiging Zvw-rgb

Wat is de gewenste datum van beëindiging van het Zvw-rgb?

Datum:

Wat is de reden van de beëindiging van het Zvw-rgb?

- Ik heb geen zorg meer nodig
- Ik ga volledig over op Zorg in Natura
- Ik of mijn (wettelijk) vertegenwoordiger heeft surseance van betaling aangevraagd of word(t) failliet verklaard, of er is sprake van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen
- Ik heb een indicatie voor zorg die vergoed wordt uit de Wet Langdurige Zorg
- Anders namelijk:

6. Wijziging zorgverlener

Wat is de ingangsdatum van de wijziging?	
Datum:	

Nieuwe gegevens van uw zorgverlener	
Achternaam:	
Voorletters:	
Adres:	
Postcode en plaats:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer:	

Betreft de nieuwe zorgverlener een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad?	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Heeft de zorgverlener een AGB code?	
<input type="checkbox"/>	Ja namelijk:
<input type="checkbox"/>	Nee

U hoeft geen AGB code in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad

of

als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)

of

als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen, gericht op het pgb. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige/kinderverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
Totaal uren/minuten		

7. Start Zorg in Natura

Wat is de ingangsdatum van start Zorg in Natura?	
Datum:	

Gegevens van Zorg in Natura aanbieder	
Naam:	
Adres:	
Postcode en plaats:	
Telefoonnummer:	
AGB code:	

Vul in onderstaand schema in welke zorg de Zorg in Natura aanbieder verleent.

Zorgvraag (b.v. wondzorg, hulp bij douchen etc.)	Aantal uren / minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren / minuten per week verpleging

Wat is de einddatum van de Zorg in Natura? (indien bekend)	
Datum:	

8. Ondertekening

Kruis aan wat voor u van toepassing is:	
<input type="checkbox"/>	Ik ben budgethouder
<input type="checkbox"/>	Ik ben wettelijk vertegenwoordiger (in dit geval tekent de pgb-houder niet mee)
<input type="checkbox"/>	Ik ben vertegenwoordiger (in dit geval tekent zowel de pgb-houder als de vertegenwoordiger)

Naam:	
Datum:	
Plaats:	

Handtekening pgb-houder en/of wettelijk vertegenwoordiger:

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met onze klantenservice. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer (0570) 687484. Wij helpen u graag verder.

U stuurt dit formulier naar: toestemming@eno.nl

Of per post naar:

ZorgDirect
t.a.v. afdeling declaratie (pgb)
Postbus 166, 7400 AD Deventer