

AanvragerNaam verzekerde: Adres: Postcode / woonplaats: BSN: Telefoonnummer thuis: E-mail: Geboortedatum: Telefoonnummer werk: Telefoonnummer mobiel: **Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:**Naam zorgverlener of verpleeginstelling: Adres: Postcode / woonplaats: **Toelichting**

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan ZorgDirect. Met deze aanvraag kan ZorgDirect bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt, waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg (Wlz). Stuur het volledig ingevulde formulier naar ZorgDirect of per e-mail: toestemming@eno.nl.

Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.

U ontvangt per post een akkoordverklaring van ZorgDirect. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van ZorgDirect.

Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u aan ZorgDirect door te geven zoals een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. ZorgDirect behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Als het vervoer onterecht is vergoed, zal op grond van het Burgerlijk Wetboek de vergoeding teruggevorderd worden.

Door verzekerde in te vullen (vul a.u.b. het hele formulier in)**1. Nierdialyse**Krijgt u een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum? ja nee**2. Behandeling met bestraling (radiotherapie), immuuntherapie of chemotherapie**

Krijgt u een bestraling, immuuntherapie of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte?

 ja neeWat is de begindatum van uw bestraling, immuuntherapie of chemotherapie? Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal? **3. Rolstoelvervoer**

Bent u permanent rolstoelafhankelijk?

 ja neeevt. toelichting Gebruikt u de rolstoel tijdelijk? nee ja, nl tot **4. Beperking gezichtsvermogen**Kunt u zo slecht zien, dat u niet zonder begeleiding met het openbaar vervoer of de auto kunt reizen? ja neeIs er sprake van een gezichtsveldbeperking? ja nee**5. Intensieve kindzorg**

Is verzekerde jonger dan 18 jaar en aangewezen op zorg vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap?

 ja nee**6. Bent u aangewezen op geriatrische revalidatiezorg?** ja nee**7. Wilt u gebruikmaken van de mogelijkheid om te overnachten? (zie ook de voorwaarden)** ja nee**8. Bent u aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend? (zie ook de voorwaarden)** ja nee

9. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 6 nee hebt geantwoord)

Wordt u behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

ja nee

Hoeveel maanden gaat de behandeling duren (in weken)?

Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling?

10. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)

Wat is de eerste dag van uw vervoer?

Kunt u reizen met eigen vervoer?

nee ja

Kunt u reizen met het openbaar vervoer?

nee ja ⇔ Is een begeleider uit medisch oogpunt noodzakelijk? ja nee

Kunt u alleen reizen met taxivervoer?

nee ja ⇔ Is een begeleider uit medisch oogpunt noodzakelijk? ja nee

Is dit een normale taxi?

nee ja

Is dit een rolstoeltaxi?

nee ja

Bij intensieve kindzorg

ouder(s) (wijk)verpleegkundige

Door wie wordt het kind begeleid?

ja nee ja nee

Kan het vervoer gecombineerd worden?

ja nee, omdat

Krijgt u een akkoordverklaring van ZorgDirect en wilt u een volledige vergoeding voor zittend ziekenvervoer?

Dan moet u kiezen voor een taxivervoerder waarmee ZorgDirect een overeenkomst heeft.

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk).

Hoe vaak per maand?

-
-
-

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ZorgDirect gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

Naar waarheid ingevuld	
Naam verzekerde: <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/>
Plaats: <input type="text"/>	Handtekening verzekerde: <input type="text"/>

Dit formulier opsturen naar: ZorgDirect
afdeling Declaratie-vervoer
Postbus 166
7400 AD Deventer
E-mail: toestemming@eno.nl

Door de arts die u behandelt in te vullen

Bovenstaande gegevens zijn juist.

ja nee

Bij de patiënt is voor zittend ziekenvervoer begeleiding medisch noodzakelijk.

ja nee

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk:

Eventuele toelichting:

Als de patiënt slecht kan zien, wat is de visusmeting:

linkeroog

rechteroog

Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens van de verzekerde.

AGB-code/stempel of BIG-inschrijfnummer/stempel:

Handtekening