

Aanvrager

Naam verzekerde:	<input type="text"/>	Geboortedatum:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>	Telefoonnummer werk:	<input type="text"/>
Postcode / woonplaats:	<input type="text"/>	Telefoonnummer mobiel:	<input type="text"/>
BSN:	<input type="text"/>		
Telefoonnummer thuis:	<input type="text"/>		
E-mail:	<input type="text"/>		

Word je van een ander adres dan jouw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:

Naam zorgverlener of verpleeginstelling:	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/>	Postcode / woonplaats:	<input type="text"/>

Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dien je vooraf toestemming te vragen aan ZorgDirect. Met deze aanvraag kan ZorgDirect bepalen of je voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer je krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar je behandeld wordt, waarop je 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.

Je ontvangt per post een akkoordverklaring van ZorgDirect. Als jouw aanvraag wordt afgewezen, hoor je dat van ZorgDirect.

Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op jouw aanvraag of akkoordverklaring, dien je aan ZorgDirect door te geven zoals een tijdelijke wijziging van jouw 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**

Krijg je een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

ja nee

2. Behandeling met bestraling (radiotherapie) of chemotherapie

Krijg je een bestraling of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte?

ja nee

Wat is de begindatum van jouw bestraling of chemotherapie?

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal?

3. Rolstoelvervoer

Ben je permanent rolstoelafhankelijk?

ja nee evt. toelichting

Gebruik je de rolstoel tijdelijk? nee ja, nl tot

4. Beperking gezichtsvermogen

Kun je zo slecht zien, dat je niet zonder begeleiding met het openbaar vervoer of de auto kunt reizen? ja nee

Is 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. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien je bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Word je behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

ja nee

Hoeveel maanden gaat de behandeling duren (in weken)?

Hoe vaak per week moet je een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet je reizen naar de behandeling?

7. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)

Wat is de eerste dag van jouw vervoer?

Kun je reizen met eigen vervoer?

nee ja

Kun je reizen met het openbaar vervoer?

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

Kun je 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

Krijg je een akkoordverklaring van ZorgDirect en wil je een volledige vergoeding voor zittend ziekenvervoer?

Dan moet je 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?

-
-
-

ZorgDirect gaat vertrouwelijk om met jouw 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 jou 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