

**Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw Zvw-pgb 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-pgb (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"/>                  | Anders, namelijk:   |

NB. Wijzigt de aard, omvang of de duur van uw zorgvraag, of wijzigt de verhouding tussen het Zvw-pgb en Zorg in Natura, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-pgb 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? |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/>               | Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder. U moet dit formulier samen met de pgb-houder ondertekenen.  |
| <input type="checkbox"/>               | 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-pgb

| Wat is de gewenste datum van beëindiging van het Zvw-pgb? |  |
|---|--|
| Datum:  |  |

| Wat is de reden van de beëindiging van het Zvw-pgb? |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/>                            | Ik heb geen zorg meer nodig   |
| <input type="checkbox"/>                            | Ik ga volledig over op Zorg in Natura   |
| <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 |
| <input type="checkbox"/>                            | Ik heb een indicatie voor zorg die vergoed wordt uit de Wet Langdurige Zorg   |
| <input type="checkbox"/>                            | 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](http://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 |
|----------------------------|--|---|
|                            |  |   |
|                            |  |   |
|                            |  |   |
|                            |  |   |
|                            |  |   |
|                            |  |   |
|                            |  |   |
| <b>Totaal uren/minuten</b> |  |   |

**7. 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 19.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur op telefoonnummer (0570) 687484. Wij helpen u graag verder.

**U stuurt dit formulier naar:**

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

Of per e-mail naar [declaratie@eno.nl](mailto:declaratie@eno.nl)