

Dit formulier moet worden ingevuld door de verzekerde en door de arts die de verzekerde behandelt

eerste aanvraag vervolgaanvraag

Gegevens aanvrager

Naam verzekerde: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Relatienummer: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer thuis: _____

Telefoonnummer werk: _____

Wordt u van een ander adres dan uw woonplaats vervoerd, geef dit hieronder aan:

Verpleegadres of naam verpleeginstelling: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Worden uw woonlasten betaald vanuit de AWBZ? ja nee

Door verzekerde in te vullen (vult u a.u.b. het hele formulier in)

betreffend hokje aankruisen

1. Behandeling

Hoeveel maanden gaat de behandeling naar verwachting duren? _____

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en volledig adres behandelaar

Hoe vaak per maand

1. _____

2. _____

Wat is de eerste datum van uw vervoer? _____

Van welk soort vervoer maakt u op basis van uw medische situatie gebruik?

openbaar vervoer eigen vervoer taxivervoer

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus? ja nee

Is begeleiding noodzakelijk? ja nee

2. U kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen

Beantwoord dan de volgende vraag:

Wilt u aangeven welk van onderstaande hulpmiddelen u gebruikt:

een inklapbare rolstoel een niet-inklapbare rolstoel/elektrische rolstoel

een scootmobiel een aangepaste auto via de WMO

LET OP: Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente? Stuur dan éénmalig een kopie van de WMO-beschikking mee (zonder kopie kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen).

3. U hebt een beperkt gezichtsvermogen

Beantwoord dan de volgende vraag:

Is er sprake van een oogoperatie? ja nee

Zo ja,

Geef de datum van het eerste consult i.v.m. de oogoperatie: _____

Geef de datum van de oogoperatie: _____

Is er sprake van druppels in beide ogen of injecties in het oog? druppels beide ogen injecties in het oog

CZ gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening verzekerde: _____

Het kan nodig zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Als u hier niet mee akkoord gaat, dan vragen wij u dit hier aan te geven:

ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar.

4. Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën:

- Verzekerde ondergaat nierdialyse
- Verzekerde krijgt oncologische behandelingen met chemotherapie radiotherapie
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- Kan verzekerde een transfer maken? ja nee
- Kan verzekerde staan? ja nee
- Wat is de maximale loopafstand? _____ meter
- Is te verwachten dat de mobiliteit verbetert? ja, vanaf _____ nee
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
- Wat is de visusmeting met een correctie door de oogarts?
OS _____ OD _____
- Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden.

5. Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk:

6. Als er sprake is van een deeltijdbehandeling in een GGZ-instelling, dan onderstaande vraag door de behandelend psychiater laten invullen.

Wilt u aangeven welke vorm van behandeling van toepassing is?

- Er is sprake van ondersteunende begeleiding

Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:

- Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding

Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:

AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist/psychiater):

of stempel:

Handtekening:

➤ Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u **vooraf** toestemming vragen aan CZ. Met deze aanvraag kan CZ bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen wij welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer moet gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt, voor rekening van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stuur het volledig ingevulde formulier naar CZ.

Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling. U ontvangt per post een akkoordverklaring van CZ. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van CZ. Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring aan CZ door te geven. Denk aan een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. CZ voert controles uit. Als het vervoer onterecht is vergoed, vorderen wij de vergoeding terug.

Als u kiest voor een taxivervoerder zonder overeenkomst, heeft dit gevolgen voor de hoogte van uw vergoeding. Kijk op www.pzp.nl/pzp-zoekendokter voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen heeft CZ goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten.