

Aanvraagformulier

Bariatrische chirurgie in het buitenland

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van bariatrische chirurgie in het buitenland door u (verzekerde) en uw behandelend arts. Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
 Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
 Geboortedatum: _____ ☐ de heer ☐ mevrouw
 Adres: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
 E-mail: _____



Om uw aanvraag voor bariatrische chirurgie (operatie om gewicht te verminderen) in het buitenland te beoordelen vragen wij u onderstaande vragen te beantwoorden. Soms moet u extra gegevens opsturen. Uiteraard behandelen wij uw gegevens vertrouwelijk.

Door verzekerde in te vullen.

1. Waar en bij welke specialist wilt u uw geneeskundige zorg ondergaan?

Naam ziekenhuis: _____
 Plaats: _____ Land: _____
 Naam specialist: _____

2. Welke operatie wilt u laten uitvoeren (bijvoorbeeld maagband, gastric bypass)?

3. Wat is uw gewicht en lengte nu? _____

4. Hoe veranderde uw gewicht in het afgelopen jaar?

5. Met welke methode(n) heeft u geprobeerd af te vallen?

Methode	Datum	Welke begeleiding had u?	Wat was het resultaat?



Ondertekening verzekerde

Naam: _____ Datum en plaats: _____

Handtekening: _____

Door arts in te vullen.

Wat zijn de problemen nu (sociaal en medisch)? _____

Wat is de BMI? _____

Zijn er aan het overgewicht bewezen gerelateerde klachten? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, welke? _____

Is er sprake van een eetstoornis? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, welke? _____

Heeft er een behandeling voor deze eetstoornis plaatsgevonden? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, welke? _____

Welke operatie wilt u uitvoeren? _____

Welk voortraject laat u patiënten met een wens voor bariatrische chirurgie doorlopen? _____

Welke disciplines zijn hierbij betrokken? _____

Hoe lang duurt dit voortraject? _____

Heeft dit voortraject bij deze verzekerde al plaatsgevonden? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, wat waren de conclusies van betrokken disciplines? *Graag verslaglegging hiervan bijvoegen.* _____

Welke nazorg biedt u aan deze patiënt? _____

Welke disciplines zijn hierbij betrokken? _____

Hoe lang duurt de nazorg? _____

Hoe vaak geven de betrokken disciplines consulten? _____

Heeft de patiënt ingestemd met het volgen van dit natraject? ☐ ja ☐ nee



Ondertekening arts

Naam specialist: _____

Ziekenhuis: _____

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____

Voorlopige kostenraming

PZP wil vooraf weten wat de kosten van de zorg in het buitenland zijn. Wilt u daarom bij de buitenlandse zorginstelling een voorlopig gespecificeerd kostenoverzicht vragen? Het gaat daarbij om een kostenoverzicht volgens het wettelijk tarief van de behandeling. Dit kostenoverzicht moet PZP vóór de behandeling goedkeuren. Alvast bedankt voor uw medewerking.

De verrichting(en)	Als u wordt opgenomen, het te verwachten aantal dagen	De verwachte kosten (bij voorkeur in Euro)
Totaalbedrag		



Dit formulier en de benodigde informatie kunt u sturen naar: **PZP, afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.** Heeft u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 593 86 10.