

Aanvraagformulier ziekenvervoer

Voor de vergoeding ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van PZP. Door onderstaand formulier in te vullen beoordeelt PZP of u voor een vergoeding in aanmerking komt. U kunt alleen vervoer aanvragen voor zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering. Kijk hiervoor in uw verzekeringsvoorwaarden. Onvolledig ingevulde aanvraagformulieren nemen wij niet in behandeling.



Verzekerdengegevens (waarvoor vervoer nodig is)

Relatienummer: _____

Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ (dd/mm/jjjj) de heer mevrouw

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mail: _____

Worden uw woonlasten betaald vanuit de Wlz
(Wet langdurige zorg) ja nee

1 Reden aanvraag

Doorloop A t/m I en kruis aan wat voor uw situatie van toepassing is. Vul de gevraagde gegevens in en/of stuur een verslag van de arts mee voor een beoordeling.

Ik doe een aanvraag op basis van mijn medische situatie:

- A** Ik verplaats mij buitenshuis uitsluitend met een rolstoel en heb geen aangepast vervoer.

Als u zich kunt verplaatsen met rollator, of gebruik maakt van een scootmobiel, valt u niet onder deze categorie.

Welke rolstoel gaat tijdens de rit met u mee? inklapbare rolstoel niet-inklapbare rolstoel

Kunt u een overstap maken van uw rolstoel
naar het vervoersmiddel? ja nee

Bent u blijvend rolstoelafhankelijk? ja nee, ik ben ____ maanden
afhankelijk van de rolstoel.

- B** Ik heb een visuele beperking waardoor ik mij niet zonder begeleiding van een persoon kan verplaatsen en stuur een recent verslag van de oogarts mee met daarin de diagnose, oogmetingen en gezichtsveldonderzoek.

Ik doe een aanvraag op basis van mijn behandeling:

- C** Ik krijg oncologische behandelingen, namelijk: chemotherapie,
 immuuntherapie,
 radiotherapie,
 hyperbare zuurstoftherapie in verband met radiatieschade en/of
 stamceltransplantatie op ____ - ____ - ____ (dd/mm/jjjj)

Op welke datum is het definitieve behandelplan van bovenstaande therapie met u besproken (intake)?

____ - ____ - ____ (dd/mm/jjjj)

De ritten die u maakt buiten de oncologische therapie om (bijvoorbeeld om tot een behandelplan te komen, voor fysiotherapie/revalidatie, voor operaties en periodieke controles na de oncologische therapie) beoordelen wij op basis van de hardheidsclausule. Vul hiervoor stap I (hardheidsclausule) in.

- D** Ik krijg nierdialyse.

- E** Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf of verpleegkundig kindersonderzoeksinstituut in verband met complexe lichamelijke problematiek of lichamelijke handicap. Ik heb hiervoor 24-uurs zorg nodig.

- F** Ik ben orgaandonor. Welk orgaan doneert u? _____
 Wat is de transplantatiedatum? (indien bekend) ____ - ____ - _____ (dd/mm/jjjj)
- G** Ik krijg geriatrische revalidatie.
- H** Ik krijg dagbehandelingen in een groep, in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Ik krijg deze behandeling voor een chronische degeneratieve aandoening, in verband met een verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel.

Ik heb geen vervoer nodig in verband met een van bovenstaande categorieën, maar word wel behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening en reis per 12 maanden meer dan 1000 kilometer enkele reis. (hardheidsclausule):

- I** Ik doe een beroep op de hardheidsclausule.
 Om een beroep te kunnen doen op de hardheidsclausule bent u verplicht om een verklaring van uw behandelend zorgverlener mee te sturen. In deze verklaring geeft uw zorgverlener aan:
- Naam, AGB-code en handtekening van uw behandelend zorgverlener.
 - De verwachte behandelduur in weken/maanden.
 - Soort behandeling.
 - De gemiddelde frequentie van de behandeling per week/per maand.
 - Indien van toepassing, waarom taxivervoer voor u noodzakelijk is, tot wanneer (naar verwachting) en waarom openbaar- of eigen vervoer niet mogelijk is.



Let op: Als u de aanvraag zonder deze verklaring verstuurt, kunnen wij uw aanvraag niet beoordelen.

2 In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

3 Op welke datum heeft u voor het eerst vervoer nodig naar uw behandeling?

Als deze datum nog niet bekend is, kunnen wij uw aanvraag niet beoordelen.

____ - ____ - _____ (dd/mm/jjjj)

4 Soort vervoer

Het te vergoeden vervoer moet doelmatig zijn. Daarom beoordeelt PZP of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer. PZP gaat er bij het beoordelen van uit dat u gebruik kunt maken van openbaar- en/of eigen vervoer. In geval van een aanvraag van een taxi vragen wij u hieronder te motiveren wat de reden is dat u niet met openbaar- of eigen vervoer kunt reizen en een taxi de enige manier is om op locatie te komen.

- Ik ben in staat te reizen met openbaar vervoer.
- nee, omdat _____
- Ik ben in staat te reizen met eigen vervoer. (u rijdt zelf of iemand anders rijdt voor u)
- nee, omdat _____
- Ik wil gebruik maken van (rolstoel)taxivervoer, omdat _____
-

5 Begeleider

- Er gaat een begeleider mee tijdens het vervoer, vanwege _____
-
- (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord)

6 Logeerkosten

- Ik wil logeerkosten declareren in plaats van een vergoeding van vervoerskosten. Ik word niet opgenomen in een ziekenhuis/instelling en mijn behandeling duurt minimaal 3 aaneengesloten dagen.

7 Vertrek- en aankomstadres

Vul per vertrek- en aankomstadres een reistraject in. U hoeft alleen de enkele reis in te vullen. Een eventuele akkoordverklaring geldt voor de heen- en terugreis. Reist u naar meerdere locaties dan dat u op het aanvraagformulier kunt aangeven? Voeg dan een extra bijlage toe.

Reistraject 1	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie	<input type="checkbox"/> Thuis <input type="checkbox"/> Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling), namelijk:	Naam zorginstelling:
Straat + huisnummer		
Postcode		
Woonplaats		

Reistraject 2	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie	<input type="checkbox"/> Thuis <input type="checkbox"/> Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling), namelijk:	Naam zorginstelling:
Straat + huisnummer		
Postcode		
Woonplaats		



Verklaring

Ik verklaar dat ik vraag 1 t/m 7 volledig en naar waarheid heb ingevuld.

- Ik geef alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op deze aanvraag of akkoordverklaring vooraf door aan PZP.
- Ik weet dat PZP controles uitvoert. Ik bewaar mijn taxibonnen, originele nota's en reisoverzichten minimaal 2 jaar voor controle van mijn declaraties.
- Als het vervoer ten onrechte is vergoed op basis van door of namens mij verstrekte onjuiste/onvolledige gegevens, betaal ik de onterecht betaalde vergoedingen terug.

Ja, ik ga akkoord met bovenstaande verklaring.

Zijn er nog andere zaken die van belang zijn? _____

Handtekening _____



Let op: Controleer of u alles heeft ingevuld. Een volledig ingevuld formulier is nodig om uw aanvraag te beoordelen. Dit formulier stuurt u naar **PZP, Medische Beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg**. Heeft u vragen? Neem dan contact op met de afdeling Medische Beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27, via mbz@pzp.nl of raadpleeg de informatie op de website van PZP op www.pzp.nl/vervoer.