

Daisyspeler

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van een daisyspeler door de behandelend arts of orthopedagoog. 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: _____



Een daisyspeler is geïndiceerd voor visueel gehandicapten, motorisch gehandicapten die niet in staat zijn een boek of tijdschrift te hanteren of dyslectici bij wie de behandeling van dyslexie niet succesvol is gebleken.

1. Motorisch gehandicapten

Uitgebreide medische indicatie: _____

Kan de verzekerde een boek of tijdschrift hanteren? ja nee

2. Visueel gehandicapten

Medische indicatie, duidelijke uitgebreide omschrijving van de visusbeperking en visuswaarde: _____

3. Dyslectici bij wie de behandeling van dyslexie niet succesvol is gebleken

Betreft het een dyslecticus die door de mate van dyslexie is aangewezen op speciaal onderwijs? ja nee

Zo ja, wat voor soort onderwijs? _____

Wordt de dyslecticus behandeld in één van de zes gespecialiseerde instituten voor dyslexie? ja nee

Zo ja, welk instituut? _____

Is er een dyslexieverklaring afgegeven volgens de criteria voor onderkenning en verklaring van de Stichting Dyslexie Nederland (SDN,2003)?

ja nee

Zo ja, is deze al in ons bezit? _____

Zo nee, stuurt u deze verklaring dan samen met dit aanvraagformulier naar ons toe.

In welke mate is er sprake van ernstige belemmeringen in de onderwijs- én maatschappelijke participatie en op welke terreinen? _____

Waaruit blijkt dat de behandeling van dyslexie niet succesvol was? _____

Periode achterstand uitgedrukt in maanden op het gebied van spelling: _____

Is het niveau voor spelling van groep 5 gehaald eind groep 8? ja nee

Periode achterstand uitgedrukt in maanden op het gebied van lezen: _____

Welk AVI (instructie) niveau is gehaald voor lezen eind groep 8? _____



Gegevens en ondertekening behandelend arts of orthopedagoog

Naam aanvrager: _____ AGB-code: _____

Functie: _____

Datum: _____ Telefoonnummer: _____

Handtekening aanvrager: _____



Dit formulier kunt u sturen naar mbz@pzp.nl of per post: **PZP, afdeling Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.**
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27.