

Dit formulier gebruikt u als u geheel of gedeeltelijk wijkverpleging wilt afnemen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hebt u een geldige CIZ-indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de Wet langdurige zorg?

- Ja: neem contact op met het zorgkantoor.
 Nee: het formulier vult u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger samen in met de HBO-wijkverpleegkundige.



Verzekerdengegevens

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



Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-Register): _____
Telefoonnummer: _____
E-mail: _____
BIG-nummer: _____
Opleidingsniveau: _____
Naam indicerende organisatie: _____
AGB-code indicerende organisatie: _____
AGB-code indicerende wijkverpleegkundige: _____
Heeft de wijkverpleegkundige geen eigen AGB-code? Dan verzoeken wij u bij deze machtigingsaanvraag een kopie van het diploma van uw indicerende wijkverpleegkundige toe te voegen.

1. Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

Wat is de reden van deze machtigingsaanvraag?

- De indicatie is verlopen.
 De zorgbehoefte en/of uw zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd. Graag omschrijven wat er gewijzigd is.

Welke doelgroep betreft het?

- 1032 Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)
 1033 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden
 1034 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)
 1035 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch/psychiatrisch)
 1037 Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)
 1038 Intensieve kindzorg (medische kindzorg)

Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde inclusief (verpleegkundige) diagnose, voor zover relevant voor de aanvraag.

Als er een Elektronisch Cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit.

Indien de verzekerde toestemming geeft om de gevraagde informatie uit het Elektronisch Cliëntendossier mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval? Dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

Paraaf verpleegkundige

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde, voor zover relevant voor de aanvraag.

Als er een Elektronisch Cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit.

Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging (met uitzondering van verblijf, verpleegkundige dagopvang en casemanagement).

Als er een Elektronisch Cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit waarin is opgenomen:

- omschrijving handelingen
- soort (PV/VP)
- geïndiceerde tijdsduur per behandeling
- aantal behandelingen per week

Of omschrijf de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabellen.

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte per week?¹

Handelingen	VP ² of PV ³	Aantal minuten/uren	Aantal keer per week	Totaal aantal/uren per week

Verpleging (1002, 1003, 1004, 1018)* (uren/minuten per week)			
Begindatum (dd-mm-jjjj)	Einddatum (dd-mm-jjjj)	uren	minuten

Verzorging (1000, 1001, 1017, 1019)* (uren/minuten per week)			
Begindatum (dd-mm-jjjj)	Einddatum (dd-mm-jjjj)	uren	minuten

*Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren (etc.) opgenomen, dan behoudt de PZP zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

Wordt de zelfredzaamheid op dit moment nog bevorderd of bestaan hierin naar uw inzicht misschien nog mogelijkheden?

Zo ja, op welke wijze? En om welk tijdsbestek gaat het? Is er bijvoorbeeld verbetering mogelijk door:

- inzet van hulpmiddelen,
- verdere therapie of revalidatie, en/of
- bevordering van de zelfredzaamheid door de inzet van wijkverpleging.

Licht dit kort toe.

Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag. Hoe gaat u die doelen/resultaten behalen?

Als er een elektronisch cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit.

¹ Als de zorgbehoefte verandert, moet de indicatie aangepast worden en dient er opnieuw een aanvraag ingediend te worden.

² Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen (vigeren NZa beleidsregel BR/CU-7138).

³ Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (vigerende NZa beleidsregel BR/CU-7138) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

Paraaf verpleegkundige

Wat zijn de mogelijkheden van mantelzorg op het gebied van persoonlijke verzorging en verpleging? Licht kort toe.

Zou er volgens u mogelijk sprake zijn van een situatie die zou kunnen vallen onder het domein Wlz? Licht kort toe.

ja, namelijk _____

nee

Zou de beschreven zorgbehoefte (gedeeltelijk) kunnen vallen onder het domein van de Wmo? Licht kort toe.

ja, namelijk _____

nee

2. In geval van MKZ:

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts: _____

Ziekenhuis: _____

3. In geval van PTZ:

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts: _____

Specialisme: _____

Ziekenhuis: _____

Uit deze verklaring moet blijken dat de levensverwachting minder dan drie maanden is. Daarbij vragen wij een korte toelichting over de huidige medische situatie.

4. Zorgverlener

Wij willen u erop wijzen dat een zorgverlener aan bepaalde eisen moet voldoen. Zo moet de zorgverlener die de zorg verleent en declareert beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. Hiermee bedoelen we dat de zorgverlener beschikking heeft over tenminste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 5' die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Wanneer de zorgverlener aan de eisen voldoet maar niet gecontracteerd is ontvangt u een restitutievergoeding. Hoe hoog de vergoeding is kunt u lezen in uw polisvoorwaarden, artikel A.20. Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener, dan worden de kosten volledig vergoed.

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

Verzekerde zelf

Een (wettelijk) vertegenwoordiger van de verzekerde

Naam (wettelijk) vertegenwoordiger: _____

Paraaf verpleegkundige



5. Ondertekening door verpleegkundige

Ik verklaar dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoen aan de eisen zoals gesteld in het Normenkader Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de indicatie is gesteld volgens de eerste drie stappen uit de Richtlijn verslaglegging V&VN;
- er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte van de verzekerde in zijn/haar eigen thuisituatie is beoordeeld waar de verzekerde zelf bij was;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien, of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie).

Datum: _____

Naam wijkverpleegkundige: _____

Handtekening wijkverpleegkundige: _____



6. Ondertekening door verzekerde

Ik verklaar dat:

- ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen vier weken kenbaar maak aan de PZP, in de vorm van een nieuwe aanvraag;
- ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn machtiging en dat ik indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe machtiging aanvraag;
- ik niet beschik over een CIZ-indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- de zorg niet wordt verleend door een partner, een gezinslid en/of familielid in de eerste of tweede graad;
- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan de PZP, als de PZP daarom vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor de PZP belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Ik stem ermee in dat de PZP contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten over mijn (medische) situatie als dit volgens de PZP noodzakelijk is voor een zorgvuldige beoordeling van mijn aanvraag. (U mag deze toestemming op elk moment weer intrekken.)

- ja
- nee

Let op: Deze toestemming kan noodzakelijk zijn voor de beoordeling van uw aanvraag.

Naam verzekerde: _____ Datum: _____

Handtekening verzekerde: _____

Naam (wettelijk) vertegenwoordiger (indien van toepassing): _____

Handtekening (wettelijk) vertegenwoordiger: _____



Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

1. Een kopie anamnese en zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan het V&VN Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (in alle gevallen).
2. Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing).
3. Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
4. Een kopie van het diploma van uw indicerende wijkverpleegkundige (indien van toepassing).



Dit formulier kunt u sturen naar mbz@pzp.nl of per post:
PZP, 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**.

Paraaf verpleegkundige