

Zittend ziekenvervoer

Voor de vergoeding zittend ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van de PZP. Door onderstaand formulier in te vullen kan de PZP bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt. U kunt alleen vervoer aanvragen voor zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering. Voor meer informatie kunt u de brochure Zittend ziekenvervoer downloaden via www.pzp.nl/formulieren.



Verzekerdengegevens (waarvoor vervoer nodig is)

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

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

Reden van uw aanvraag

- Ik krijg nierdialyse.
- Ik krijg chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie in verband met oncologie.
– Datum intake voor de start van de behandeling: _____
- Ik verplaats mij uitsluitend in een rolstoel.
– Welke afstand kunt u maximaal lopend afleggen (met hulpmiddel)? _____
– Kunt u een transfer maken? ja nee
– Bent u tijdelijk afhankelijk van een rolstoel? ja nee
– Welk hulpmiddel gebruikt u?
 geen
 inklapbare rolstoel
 niet-inklapbare rolstoel
 elektrische rolstoel
 aangepaste auto (u bestuurt deze zelf)
 aangepaste buggy via de WMO
 Krijgt u uw hulpmiddel via de gemeente? ja, graag kopie WMO meesturen nee
- Ik heb een visuele handicap waardoor ik me niet zelfstandig of zonder begeleiding kan verplaatsen.
– Wat is de visusmeting van uw rechteroog na correctie? _____
– Wat is de visusmeting van uw linkeroog na correctie? _____
– Krijgt u injecties in uw oog? ja nee
- Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf.
- Ik ben orgaandonor.
– Welk orgaan doneert u? _____
- Ik krijg geriatrische revalidatie.
- Ik word behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening en reis per 12 maanden meer dan 1000 km enkele reis.
- Ik krijg dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma (voor chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking).

Wat is uw medische indicatie? _____

Op welke datum start het vervoer naar uw behandeling? _____

Vervoer

- Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer? ja nee
- Bent u in staat te reizen met eigen vervoer? ja nee
- Kunt u uitsluitend reizen met een taxi? ja, omdat _____ nee
- Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus? ja, omdat _____ nee
- Is begeleiding noodzakelijk? (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord) ja nee

