

Zittend ziekenvervoer 2019

Dit formulier gebruikt u voor het aanvragen van een akkoordverklaring voor zittend ziekenvervoer. Vult u het formulier a.u.b. volledig in. Voor meer informatie kunt u de brochure Zittend ziekenvervoer 2019 raadplegen of downloaden via www.pzp.nl/formulieren. Leest u ook de toelichting op de achterzijde van dit formulier.



Verzekerdengegevens (waarvoor vervoer nodig is)

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

Wordt u van een ander adres dan uw woonplaats vervoerd? Geef dit hieronder aan:

Verpleegadres of naam verpleeginstelling: _____
 Adres: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Worden uw woonlasten betaald vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg)? ja nee

Door verzekerde in te vullen (vraag 1 t/m 3)

1. Behandeling

Hoeveel maanden gaat de behandeling naar verwachting duren? _____

Naam en volledig adres behandelaar	Hoe vaak per maand	Is de enkele reis meer dan 200 km?
1		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Is er sprake van vervoer naar speciaal onderwijs? ja nee

Naam en volledig adres school: _____

Hebt u al gebruikgemaakt van vervoer? Geef hieronder aan welke periode, waarnaartoe en hoe vaak.

Periode: van _____ t/m _____ Naar: _____ Hoe vaak in totaal: _____

Wat is de eerste datum van uw vervoer? Datum: _____ - _____ - _____

Van welk soort vervoer kunt u op basis van uw medische indicatie gebruikmaken?

Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer? ja nee, omdat _____

Hebt u al een declaratie ingediend voor reizen met openbaar vervoer? ja nee

Bent u in staat te reizen met eigen vervoer? ja nee, omdat _____

Hebt u al een declaratie ingediend voor reizen met eigen vervoer? ja nee

Kunt u uitsluitend reizen met een taxi? nee ja, omdat _____

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus? nee ja, omdat _____

Is begeleiding noodzakelijk? (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord) nee ja, omdat _____

Bij Intensieve Kindzorg (IKZ): Door wie wordt het kind begeleid? (wijk)verpleegkundige ouders

Kan het vervoer bij IKZ gecombineerd worden? ja nee, omdat _____

2. Beantwoord deze vraag alleen als u zich uitsluitend in een rolstoel kunt verplaatsen.

Welk van onderstaande hulpmiddelen gebruikt u?

een inklapbare rolstoel een niet-inklapbare rolstoel/elektrische rolstoel een aangepaste buggy via de Wmo

een scootmobiel een aangepaste auto (u bestuurt deze zelf)

Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente? nee ja, stuur dan een kopie van de Wmo-beschikking mee.

3. Beantwoord deze vraag alleen als u een beperkt gezichtsvermogen hebt.

Is er sprake van een oogoperatie? ja nee

Zo ja: datum eerste consult i.v.m. de oogoperatie: _____ - _____ - _____ Datum oogoperatie: _____ - _____ - _____

Is er sprake van druppels in beide ogen of injecties in het oog? druppels beide ogen injecties in het oog



De PZP gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens. Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld.

Naam verzekerde: _____ Datum: _____

Plaats: _____ Handtekening verzekerde: _____

Houd u er rekening mee dat wij extra informatie bij u op kunnen vragen.



Door arts in te vullen (vraag 4 t/m 6)

4. Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën:

- Verzekerde ondergaat nierdialyse.
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening chemotherapie. Datum intake start chemotherapie: ____ - ____ - ____
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening immuuntherapie. Datum intake start immuuntherapie: ____ - ____ - ____
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening radiotherapie. Datum intake radiotherapie (uitleg over de bestraling en bepaling van het te bestralen gebied): ____ - ____ - ____
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer.
 - Kan verzekerde een transfer maken? ja nee
 - Kan verzekerde staan? ja nee
 - Wat is de maximale loopafstand (met hulpmiddel)? _____ meter
 - Is te verwachten dat de mobiliteit verbetert? ja, vanaf _____ nee
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen.
 - Wat is de visusmeting met een correctie door de oogarts? OS _____ OD _____
- Verzekerde is jonger dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24-uurs zorg in de nabije omgeving. Het gaat om vervoer van en naar de plaats van verzorging (verpleegkundig kinderdagverblijf).
- Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden (hardheidsclausule). Dat betekent dat de patiënt meer dan 1000 kilometer enkele reis aflegt over een periode van 12 maanden.

5. Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk:

Soort zorg: Revalidatiezorg Geriatrische revalidatiezorg Zintuigelijk gehandicaptenzorg Langdurige GGZ (opname)
 Wordt de behandeling vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet? ja nee

6. Beantwoord deze vraag als er sprake is van een deeltijdbehandeling.

Is er sprake van een GGZ-deeltijdbehandeling? Laat onderstaande vraag dan door de behandelend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut invullen.

Welke vorm van behandeling is van toepassing?

- Er is sprake van ondersteunende begeleiding. Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:

- Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding. Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:

LET OP: Wanneer er sprake is van een Wlz-indicatie of Jeugd GGZ komen vervoerskosten niet voor rekening van de Zorgverzekeringswet.



Ondertekening arts

Naam arts/instelling: _____

AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist/psychiater) of stempel: _____

Handtekening: _____



Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u vooraf toestemming vragen aan de PZP. Aan de hand van deze aanvraag bepaalt de PZP of u voor een vergoeding voor zittend ziekenvervoer in aanmerking komt. Ook bepalen wij welk soort vervoer u krijgt en in welke periode. Het vervoer moet gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt voor rekening van de Zorgverzekeringswet.

Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling. U ontvangt per post een akkoordverklaring van de PZP. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van ons. Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring aan ons door te geven. Denk aan een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. De PZP voert controles uit. Als het vervoer onterecht is goedge, vorderen wij de vergoeding bij u terug.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde taxivervoerder, heeft dit gevolgen voor de hoogte van uw vergoeding. Kijk op www.pzp.nl/zorgvinden voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen zijn voor de PZP goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten.

Voor vervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage. Ook is er sprake van verrekening met uw eigen risico. Wij adviseren u de voorwaarden goed door te lezen op www.pzp.nl/vervoer.



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.**