

Ziekenvervoer

Voor de vergoeding ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van PZP. Door onderstaand formulier in te vullen kan 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 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

1 Reden van uw aanvraag

Ik krijg nierdialyse.

Ik krijg chemotherapie, immuuntherapie en/of radiotherapie in verband met oncologische behandelingen.

– Krijgt u oncologische behandelingen? Dan vergoeden wij het vervoer naar deze behandeling en tussentijdse controles vanaf de datum dat het definitieve behandelplan met u besproken is. Vult u hier de datum in: (dag) – (maand) – (jaar)
 De overige ritten die u maakt (bijvoorbeeld voor vooronderzoeken of operaties), beoordelen wij aan de hand van de hardheids-clausule.
 Op de achterzijde van dit formulier kunt u invullen hoe lang en hoe vaak u naar uw behandelaar moet (naast chemo-, radio- en/of immuuntherapie).

Ik verplaats mij uitsluitend in een rolstoel.

– Welke afstand kunt u maximaal lopend afleggen (met hulpmiddel)? _____ (meter)

– Kunt u een overstap maken van uw rolstoel naar een taxi? ja nee

– Bent u tijdelijk afhankelijk van een rolstoel? ja nee

– Welke hulpmiddelen gebruikt u?

- geen inklapbare rolstoel
 niet-inklapbare rolstoel elektrische rolstoel
 aangepaste auto (u bestuurt deze zelf) aangepaste buggy via de WMO
 scootmobiel

– 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 visuswaarde van uw rechteroog na correctie? _____ (%)

– Wat is de visuswaarde van uw linkeroog na correctie? _____ (%)

– Krijgt u injecties in het oog? ja nee

– Andere afwijkingen die het gezichtsvermogen beperken:

Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf.

Ik ben orgaandonor.

– Welk orgaan doneert u? _____

– Wat is de transplantatiedatum (indien bekend)? _____ (dag) – _____ (maand) – _____ (jaar)

Ik krijg geriatrische revalidatie.

Ik word behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening en reis per 12 maanden meer dan 1000 km enkele reis (hardheidsclausule).

Ik krijg GZSP-dagbehandelingen in een groep als onderdeel van een zorgprogramma (voor chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking).

2 Wat is uw medische indicatie? _____

3 Op welke datum start het vervoer naar uw behandeling? _____ (dag) – _____ (maand) – _____ (jaar)

4 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

5 Vertrek- en aankomstadres

Reist u van of naar meerdere locaties? U kunt per vertrekadres en aankomstadres een reistraject invullen. U hoeft alleen een enkele reis in te vullen. Voor de berekening van de vergoeding gebruiken wij de routeplanner van Routenet, snelste route. Een eventuele akkoordverklaring geldt voor de heenreis en de terugreis.

	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie		
Straat + huisnummer		
Postcode		
Woonplaats		

Ik word minimaal 3 dagen achter elkaar behandeld en wil graag in plaats van vergoeding voor zittend ziekenvervoer, logeerkosten declareren.

– Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting? _____

– Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld? _____

	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie		
Straat + huisnummer		
Postcode		
Woonplaats		

Ik word minimaal 3 dagen achter elkaar behandeld en wil graag in plaats van vergoeding voor zittend ziekenvervoer, logeerkosten declareren.

– Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting? _____

– Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld? _____



Verklaring

1 Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld.

2 Alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op deze aanvraag of de akkoordverklaring, geef ik vooraf door aan PZP.

3 Ik weet dat PZP controles uitvoert. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie.

4 Als het vervoer onterecht 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.

Hebt u nog zaken die van belang zijn of opmerkingen?

Handtekening _____



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