

BIJBETALINGSFORMULIER GEHOORHULPMIDDELEN

Deze verklaring is bedoeld om vast te stellen of u voldoende bent geïnformeerd over de mogelijkheden met betrekking tot audiologische hulpmiddelen en of u tevreden bent met de adequate hooroplossing die de audicien u heeft aangeboden.

U kunt dit formulier invullen in uw PDF-reader en opslaan.

UW GEGEVENS

Voorletters en naam : _____
Geboortedatum : _____
Zorgverzekeraar : _____
Verzekerdnummer : _____

GEGEVENS AUDICIEN

Naam : _____
Straat en huisnummer : _____
Postcode en woonplaats : _____
AGB-code : _____
Telefoonnummer : _____

AUDIOLOGISCHE ZORGVRAAG

Bij hoortoestellen wordt uw zorgvraag vastgesteld met behulp van het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0.

In welke categorie is uw zorgvraag ingedeeld?

1 2 3 4 5 anders

EERSTE PROEFPERIODE VAN EEN HOORTOESTEL UIT DE LANDELIJKE HOORTOESTELLEN DATABASE¹

1 2 3 4 5 anders

Merk, type : _____

HSN nummer : _____

Datum begin proefperiode : _____ Datum einde proefperiode : _____

Resultaat :

¹ Er worden twee hoortoestellen uitgeprobeerd binnen de (landelijke) hoortoestellendatabase zodat u deze kunt vergelijken met het hoortoestel dat niet in deze database is opgenomen en waarvoor u vrijwillig kiest om bij te betalen.

TWEDE PROEFPERIODE VAN EEN HOORTOESTEL UIT DE LANDELIJKE HOORTOESTELLEN DATABASE

1 2 3 4 5 anders

Merk, type : _____

HSN nummer : _____

Datum begin proefperiode : _____ Datum einde proefperiode : _____

Resultaat :

DERDE PROEFPERIODE VAN EEN HOORTOESTEL BUITEN DE LANDELIJKE HOORTOESTELLEN DATABASE

Merk, type : _____

Categorie indeling toestel : _____

Datum begin proefperiode : _____ Datum einde proefperiode : _____

Resultaat :

MOTIVATIE WAAROM U NIET GEKOZEN HEEFT VOOR 2 PROEFPERIODES MET HOORTOESTELLEN UIT DE LANDELIJKE DATABASE

MOTIVATIE WAAROM U KIEST VOOR EEN HOORTOESTEL BUITEN DE LANDELIJKE HOORTOESTELLEN DATABASE

Is met u besproken dat de vrijwillige eigen bijdrage van de hooroplossing van een hoortoestel buiten de ZN hoortoestellen-database volledig door u zelf betaald dient te worden? ²

- Nee
- Ja, vrijwillige eigen bijdrage per toestel: € _____

Bent u geïnformeerd over het feit dat de wettelijke 25% eigen bijdrage, de vrijwillige eigen bijdrage per hoortoestel en eventuele andere kosten door u aan de audicien betaald dienen te worden?

- Nee
- Ja

Heeft de audicien u geïnformeerd dat de gekozen hooroplossing inclusief noodzakelijke oorstukjes en reparatie(s) voor een periode van vijf jaar is?

- Nee
- Ja

Bent u op de hoogte van het feit dat, indien er sprake is van toerekenbare schade bij verlies, diefstal, onvoorzichtig gebruik of verwaarlozing van het toestel, er geen aanspraak bestaat op vervanging of herstel van het hoortoestel binnen de gebruikstermijn van vijf jaar?

- Nee
- Ja

Bent u tevreden over de informatieverstrekking van de audicien?

- Nee, omdat
- Ja, omdat

Ondergetekende verklaart tevreden te zijn over de aanschaf/wijziging van het/de hoortoestel(len) en dat de proefperiodes succesvol zijn verlopen.

Plaats : _____

Datum : _____

Handtekening verzekerde : _____

² Vrijwillige eigen bijdrage: bedrag aan kosten van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde komt. Mocht u in aanmerking komen voor een vergoeding van uw zorgverzekeraar dan is dit bedrag ook minus de wettelijke eigen bijdrage en minus de vergoeding van uw zorgverzekeraar.