

AANVRAAG VOOR ZIEKENVERVOER

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan inTwente Zorgverzekeraar door dit ingevuld aanvraagformulier te sturen naar info@intwente.nl. Onvolledige aanvragen of aanvragen die niet zijn ingevuld door uw behandelaar worden niet in behandeling genomen.

1. UW GEGEVENS

Naam : _____
Verzekerdnummer : _____ Geboortedatum : _____
Telefoonnummer : _____

Verblijft u in een Wlz-instelling?

Nee Ja, naam instelling: _____

2. WAT IS HET REISTRAJECT?

Van Naam locatie _____ Naar Naam locatie _____
Postcode + huisnummer _____ Postcode + huisnummer _____

Graag de onderstaande vragen (3 t/m 6) laten invullen door uw behandelaar

3. AANVRAAG VOOR VERGOEDING VAN VERVOERSKOSTEN VOOR VERZEKERDE:

- bij het ondergaan van nierdialyses in een instelling
- bij oncologische behandelingen met: (kruis aan wat van toepassing is)
 - chemotherapie immuuntherapie radiotherapie
- van jonger dan 18 jaar vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of aan beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- met een beperkt gezichtsvermogen waardoor verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is (slechtziendheid of blindheid):
Visusmeting rechteroog: _____ % Visusmeting linkeroog: _____ %
- die aangewezen is op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).
- die zich uitsluitend zittend kan verplaatsen (rolstoelgebondenheid).
- die geriatrische revalidatiezorg nodig heeft.
- Overige behandelingen/zorg (hardheidsclausule).
(de hardheidsclausule is uitsluitend voor verzekerden die vanwege medische behandeling langdurig op vervoer zijn aangewezen)

4. MEDISCHE VERKLARING ARTS/SPECIALIST (VERPLICHT INVULLEN)

5. WELK SOORT VERVOER IS NOODZAKELIJK?

- Eigen vervoer Openbaar vervoer
 Taxi Anders, namelijk _____
 Rolstoeltaxi

Is begeleiding tijdens vervoer medisch noodzakelijk? Ja Nee

Is er sprake van (weekend)verlof Ja Nee

6. HOE VAAK MOET DE VERZEKERDE VERVOERD WORDEN NAAR DE LOCATIE?

____ x per week ____ x per maand Totaal aantal keer: ____

Wat is de (verwachte) behandelperiode? ____ maanden

Ingangsdatum vervoer _____ (Verwachte) einddatum vervoer _____

ONDERTEKENING

Ik verklaar dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening behandelaar :

Naam behandelaar :

Datum : _____