

Algemeen aanvraagformulier voor farmacie en hulpmiddelen

Vul dit formulier in en stuur het op naar: HEMA Zorgverzekering, Postbus 704, 7500 AS ENSCHEDE

Verzekerde

Voorletters en achternaam _____ M* V*
Geboortedatum _____ Verzekernummer _____
Straat en huisnummer _____
Postcode en woonplaats _____
Telefoon _____ Naam huisarts _____

Aanvraag geneesmiddel of dieetpreparaat

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor medicijnen en/of voeding die niet via een specifiek aanvraagformulier aangevraagd kunnen worden. U kunt de lijst met specifieke aanvraagformulieren raadplegen op www.hemaverzekeringen.nl/zorgverzekering.

Naam middel _____

Indicatie en motivering waarvoor het middel wordt voorgeschreven

Wilt u relevante wetenschappelijke literatuur of een verwijzing naar die literatuur toevoegen aan deze aanvraag?

Dosering per dag _____ Gewenste duur van de behandeling _____

Aanvraag hulpmiddel(en)

Omschrijving hulpmiddel(en)

Betreft het een herhalingsaanvraag? Nee Ja (graag de volgende vragen ook invullen)*

Datum laatste verstrekking van het hulpmiddel _____

Waarom dient het hulpmiddel vervangen te worden?

Let op: Voor een aantal hulpmiddelen zijn nadere voorwaarden gesteld met betrekking tot de aanvraagprocedure.

Raadpleeg hiervoor uw verzekeringsvoorwaarden of www.hemaverzekeringen.nl/zorgverzekering

Verklaring behandelend (huis)arts/specialist/gespecialiseerd verpleegkundige

Behandelend ___ (huis)arts ___ specialist ___ gespecialiseerd verpleegkundige*

Naam arts/verpleegkundige _____

Plaats _____

Naam ziekenhuis (indien van toepassing) _____

Telefoonnummer praktijk/ziekenhuis _____

Naam contactpersoon _____ M* V*

Telefoonnummer contactpersoon _____

Medische diagnose/indicatie

(in te vullen door arts/gespecialiseerd verpleegkundige)

Welke beperkingen dienen door het hulpmiddel opgeheven te worden?

Ik verklaar dat de aan ommezijde genoemde verzekerde bekend is met toepassing van de aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen en dat bij gebruik een verbetering wordt bereikt die niet op eenvoudiger wijze te verkrijgen is.

Stempel behandelend arts/verpleegkundige

Handtekening behandelend arts/verpleegkundige

Datum ____/____/____

Ondertekening

Ondertekening door verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger.

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Deze gegevens kunnen worden gebruikt ten behoeve van het geven van opdrachten aan zorgaanbieders voor het vervaardigen en/of leveren van passende en/of de juiste geneesmiddelen of hulpmiddelen.

Verder verklaart ondergetekende er geen bezwaar tegen te hebben dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het verstrekken van aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen zo nodig aanvullende informatie bij behandelend (huis)arts, specialist of gespecialiseerd verpleegkundige kan opvragen. De gegevens worden voor geen andere doelen aangewend dan hierboven omschreven.

Datum ____/____/____

Handtekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

* Aankruisen wat van toepassing is.