

Wijzigingsformulier Zvw-pgb

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (PGB) uit de zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aan ons doorgeven.

1. Gegevens budgethouder

Relatienummer verzekeraar _____
Nummer op toekenningsformulier _____
Naam verzekerde _____
Geslacht man vrouw
Geboortedatum _____
Burgerservicenummer _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____

2. Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

- Wijziging van zorgaanbieder (vul vraag 3 en 7 in)
 (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 4 en 7 in)
 Verblijf WLZ instelling of ziekenhuis budgethouder langer dan 60 dagen aaneengesloten. (vul vraag 5 en 7 in)
 Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 6 en 7 in)

3. Wijziging Zorgverlener

Huidige zorgaanbieder _____

Ingangsdatum wijziging: _____

Waarom wilt u van zorgaanbieder wijzigen?

- De huidige zorgverlener voldoet niet aan mijn wensen
 De huidige zorgverlener stopt met zorg verlening
 De huidige zorgverlener is ziek
 Anders, namelijk _____

Welke zorg gaat uw nieuwe zorgverlener verlenen?

Legt u hier uit hoe u de zorg wilt regelen. Doet u dit voor een hele week. Beschrijft u waarom u deze zorg als gevolg van uw ziekte en/of aandoening op deze manier nodig heeft. U beschrijft alleen de zorg die verandert.

Bij welke zorgaanbieder wilt u zorg inkopen?

U beschrijft alleen de zorg die verandert.

Naam	BSN	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in 1 ^e of 2 ^e graads	SBI code *	AGB code *
				___ ja ___ nee		
				___ ja ___ nee		
				___ ja ___ nee		
				___ ja ___ nee		
				___ ja ___ nee		

* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- uw zorgaanbieder een bloed- of aanverwante in de 1^e of 2^e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgaanbieder die niet BIG geregistreerd als verpleegkundige niveau 4 of niveau 5.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code en/of SBI code in. De AGB en SBI code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder niet over een AGB code, dan kan uw zorgaanbieder deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl

Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	Aantal uren/minuten per week MSVT	PGB
				___ ja ___ nee
				___ ja ___ nee
				___ ja ___ nee
				___ ja ___ nee
				___ ja ___ nee

4. (Adres)wijziging (wettelijke) vertegenwoordiger

Ingangsdatum (adres)wijziging _____

Nieuwe gegevens

Voorletter(s), voorvoegsel(s), achternaam _____

Straatnaam, huisnummer _____

Postcode, plaatsnaam _____

BSN _____

Telefoonnummer _____

E-mailadres _____

Geboortedatum _____ Geslacht ___ man ___ vrouw

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

___ De budgethouder is jonger dan 18 jaar. Ik ben ouder/voogd.

Dit formulier wordt ondertekend door de ouder/voogd (wettelijke vertegenwoordiger).

___ Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder (bloed of aanverwante 1e of 2e graad).

Mijn relatie tot de budgethouder is _____

Dit formulier wordt ondertekend door de vertegenwoordiger.

___ Ik ben benoemd tot bewindvoerder, curator of mentor.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder, curator of mentor. (wettelijke vertegenwoordiger).

Aanvullende stukken

Betreft het een wijziging wettelijk vertegenwoordiger dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs budgethouder of diens wettelijke vertegenwoordiger van u nodig.

5. Opname

Als u langer dan 60 dagen aaneengesloten opgenomen bent in een WLZ instelling of ziekenhuis, dan verlagen we uw PGB naar rato.

Opnamedatum _____
Ontslagdatum _____
Naam ziekenhuis/zorginstelling _____
Plaatsnaam _____

6. Beëindiging persoonsgebonden budget

a) Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging Persoonsgebonden Budget.

Overlijden van de budgethouder Datum overlijden _____
 Er is geen zorg meer nodig
 Zorg wordt vervolgd in zorg in natura
 Zorg wordt vervolgd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ)
 Een andere reden, namelijk _____

b) Per welke datum wilt u het PGB beëindigen? _____

7. Ondertekening

Budgethouder
 Ouder 1
 Voogd
 Curator
 Bewindvoerder _____ vertegenwoordiger (bloed of aanverwante in de 1° of 2° graad)
 Mentor _____ Ouder 2

Naam _____
Datum _____
Plaats _____

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

** Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet de 2e wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar uw zorgverzekeraar.

HEMA Zorgverzekering
Postbus 704
7500 AS ENSCHEDE