



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)
 Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 5 en 7 in)
 Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 6 en 7 in)

3. Wijziging Zorgverlener

Huidige zorgaanbieder _____

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	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in 1 ^e of 2 ^e graads	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 in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, 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 _____

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 of curator.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder of curator (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 2 maanden opgenomen bent in het ziekenhuis of een andere zorginstelling beëindigen wij uw budget.

Opnamedatum _____ :

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 Lanqdurige 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^e of 2^e graad)

Ouder 2

Naam _____

Datum _____

Plaats _____

Handtekening

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar uw zorgverzekeraar.

HEMA Zorgverzekering

Postbus 704

7500 AS ENSCHEDE