



Aanvraagformulier vergoeding zittend ziekenvervoer

U kunt het volledig ingevulde formulier opsturen naar HEMA Zorgverzekering, Postbus 704, 7500 AS te Enschede of mailen naar info@hemazorgverzekering.nl

Toelichting

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer aanvragen. Als u hiervoor in aanmerking wilt komen, moet u **vooraf** toestemming vragen aan ons. De huisarts of behandelend arts moet punt 2 van dit formulier invullen en ondertekenen. De overige punten vult u zelf in. Daarna kunt u het formulier ondertekenen en opsturen naar ons. Wij beoordelen aan de hand hiervan of u voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking komt en voor welke vorm van vervoer. U ontvangt schriftelijk bericht of uw zittend ziekenvervoer wel of niet vergoed wordt.

Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen in behandeling worden genomen.

Eerste aanvraag / vervolg aanvraag*

1. Gegevens klant

Voorletter(s) en achternaam:Geslacht: M / V*

Verzekerdnummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Woont u (tijdelijk) in een verpleeg- of verzorgingshuis? JA / NEE*

2. Medische verklaring van de arts

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan in ziekenhuis of dialysecentrum JA / NEE*

Verzekerde moet oncologische behandeling met chemotherapie of radiotherapie ondergaan JA / NEE*

Welk geneesmiddel krijgt verzekerde toegediend indien sprake is van chemotherapie:

.....

Verzekerde kan zich **uitsluitend** met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer (**permanent rolstoelgebonden**) JA / NEE*

Verzekerde is zeer slechtziend en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen JA / NEE*

- Gecorrigeerde visus rechts (OD)

- Gecorrigeerde visus links (OS)

Verzekerde is langdurig en/of frequent aangewezen op vervoer als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening en doet een beroep op de zogenaamde hardheidsclausule JA / NEE*

- Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:

- Aantal dagen per week dat verzekerde voor de behandeling moet reizen:

- Is er sprake van een klinische opname doordeweeks? JA / NEE*

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding)

*omcirkelen wat van toepassing is

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

.....
.....

Is voor het vervoer van verzekerde begeleiding medisch noodzakelijk? JA / NEE*

(N.B. Begeleiding van kinderen tot 16 jaar is altijd toegestaan)

Heeft de aanvraag betrekking op vervoer in verband met een inwendige orgaantransplantatie? JA / NEE*

Zo ja, welk orgaan betreft het en op welke datum wordt de transplantatie uitgevoerd:

.....

Naam arts:

Woonplaats:

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

Datum:

Handtekening arts

Stempel arts

3. Verklaring van de verzekerde

Naar welke zorgverlener/zorginstelling of ziekenhuis moet het vervoer plaatsvinden?

Zorgverlener:

Plaats:

1^e behandeldatum:

Behandelperiode:

Behandelfrequentie per week:

Reisafstand in km:

Kunt u traplopen? JA / NEE*

Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel? JA / NEE*

Zo ja: rollator / looprek / krukken / drie-/vierpoot/ anders:

Gebruikt u bij het voortbewegen één van onderstaande middelen? JA / NEE*

Zo ja: rolstoel / elektrische rolstoel / scootmobiel / aangepaste auto / anders:

Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO (Wettelijk Maatschappelijke Ondersteuning) mee.

Is uw maximale loopafstand minder dan 400 meter? JA / NEE*

Is er sprake van een verstandelijke handicap of ernstig psychiatrische toestandbeeld? JA / NEE*

Is er sprake van vervoer naar psychiatrische deeltijdbehandeling? JA / NEE*

Zo ja, van welke vorm(en) van geneeskundige GGZ behandeling is er sprake?

.....

Bent u voor deze GGZ behandeling doorverwezen? JA / NEE*

Zo ja, door wie bent u doorverwezen?

.....

Zo ja, waarom bent u naar deze GGZ zorgverlener/instelling doorverwezen?

.....

.....

Kunt u reizen met **openbaar vervoer** (eventueel met begeleiding)? JA / NEE*

Zo nee, vult u hier dan de reden in:

.....

Kunt u reizen met **eigen vervoer** (eventueel met begeleiding)? JA / NEE*

Zo nee, vult u hier dan de reden in:

.....

Kunt u uitsluitend gebruik maken van **(rolstoel)taxivervoer** (eventueel met begeleiding) JA / NEE*

Zo ja, vult u hier dan de reden in:

.....

4. Ondertekening

Verzekerde verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord. Als u voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking komt op grond van onjuiste en/of onvolledig door of namens u verstrekte gegevens, zullen wij de vergoeding(en) terugvorderen. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren.

Onvolledig ingevulde aanvraagformulieren kunnen wij NIET in behandeling nemen en worden teruggestuurd.

Verzekerde machtigt de adviserende geneeskundige van de zorgverzekeraar om informatie in te winnen die voor de toekenning van deze vervoerskostenvergoeding nodig zijn: JA/NEE*

Aldus naar waarheid ingevuld:

Naam verzekerde:

Plaats:

Datum:

Handtekening verzekerde:

De zorgverzekeraar gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

5. Informatie

Voor zittend ziekenvervoer geldt een **wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar**. Deze wordt elk jaar opnieuw vastgesteld. Voor de inning van de eigen bijdrage ontvangt u een acceptgirokaart. Of de zorgverzekeraar verrekent deze met eventueel door u ingediende declaraties.

Houd u er rekening mee dat de kosten van zittend ziekenvervoer ten laste kunnen komen van het wettelijk verplichte en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Voor meer informatie over het onderwerp zittend ziekenvervoer kunt u bellen met onze klantenservice telefoonnummer 0900 411 41 14.