

Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Zorgverzekeraar



Toelichting

Met dit formulier kan vergoeding voor zittend ziekenvervoer aangevraagd worden ten laste van de Zorgverzekering of de aanvullende verzekering.

De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) kunnen in behandeling worden genomen.

- 1e aanvraag
 verlengingsaanvraag

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Klantnummer:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Verklaring van de Arts (deel 1)

1. Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
 Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan
 Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
 Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting? Rechteroog Linkeroog

- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:

Aantal maanden dat de behandeling gaat duren: Gemiddeld aantal dagen per week dat de behandeling plaatsvindt:
(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding).

- Verzekerde komt in aanmerking voor vervoer in verband met transplantatie van de organen, zoals omschreven in de polisvoorwaarden (uitsluitend t.b.v. de ontvanger)

S.v.p. aankruisen wat van toepassing is.

2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Toelichting:

3. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ja nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts:

Woonplaats:

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

Handtekening arts:

Datum:

