

Medische verklaring zittend ziekenvervoer



Postbus 19, 3800 HA Amersfoort

Om aanspraak te kunnen maken op zittend ziekenvervoer moet de verzekerde/aanvrager eerst een aanvraag bij de huisarts/behandelend arts doen. De arts dient te beoordelen of de verzekerde/aanvrager behoort tot de aangewezen groepen, of dat er sprake is van langdurig aangewezen zijn op vervoer als gevolg van een behandeling van een langdurige ziekte of langdurige aandoening. Wanneer de verzekerde/aanvrager volgens de arts terecht een beroep doet op zittend ziekenvervoer, geeft de arts een medische verklaring af, middels het invullen van de vragen 2 tot en met 8.

Vervolgens vult de verzekerde/aanvrager punt 9 van het formulier in en stuurt dit op naar Agis Zorgverzekeringen, Postbus 19, 3800 HA Amersfoort.

Agis zal beoordelen of de verzekerde/aanvrager aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer conform de polisvoorwaarden Basispolis (Basic). Wanneer dit formulier niet volledig is ingevuld kan het niet in behandeling worden genomen.

1 Gegevens aanvrager

Voorletter(s)	Achternaam	<input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/> Man
Adres	Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	Klantnummer	

Door de arts in te vullen (vult u a.u.b. de vragen 2 tot en met 8 in)

2 Nierdialyse

Krijgt de verzekerde een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum? Ja Nee

3 Behandeling met bestraling (radiotherapie) of chemotherapie

Krijgt de verzekerde een bestraling of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte? Ja Nee

Wat is de begindatum van de bestraling of chemotherapie?

Hoeveel maanden duurt de behandeling?

Welk geneesmiddel krijgt de verzekerde toegediend bij de chemotherapie?

4 Rolstoel

Is de verzekerde permanent rolstoel afhankelijk? Ja Nee, ga verder met de volgende vraag

Gebruikt de verzekerde de rolstoel tijdelijk? Ja, namelijk tot Nee

Heeft de verzekerde een (opvouwbare) rolstoel, een voor zijn/haar handicap aangepaste auto, een scootmobiel of rolstoel met motor?

Ja, stuur dan een kopie van de WMO-beschikking mee. Nee

5 Beperking gezichtsvermogen

Kan de verzekerde zo slecht zien, dat hij/zij niet zonder begeleiding met het openbaar vervoer of de auto kan reizen? Ja Nee

Is er sprake van een gezichtsveldbeperking? Ja Nee

Wat is de visuswaarde links en rechts?

Links

Rechts

6 Langdurige ziekte of aandoening (alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Wordt de verzekerde behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening? Ja Nee

Welke ziekte of aandoening betreft het?

> **Ga verder op de achterzijde**

7 Vervoer naar een deeltijdbehandeling geestelijke gezondheidszorg in een AWBZ-instelling*(deze vraag alleen invullen als u bij vraag 6 ja hebt geantwoord en verzekerde gebruik maakt van ggz vervoer)*

Voor het aanvragen van vervoer naar een deeltijdbehandeling geestelijke gezondheidszorg in een AWBZ-instelling dient er een uitgebreid behandelplan te worden mee-gestuurd. In dit behandelplan moet duidelijk vermeld staan of er sprake is van ondersteunende begeleiding of geneeskundige zorg volgens de Basisverzekering. Tevens dient bij vervoer voor kinderen duidelijk te worden aangegeven hoeveel dagen per week het schoolbezoek betreft in vergelijking tot het aantal dagen per week waarin behandeling plaatsvindt.

Naam en adres van de instelling waar de verzekerde naartoe gaat:

8 Door arts die u behandelt in te vullen

Bovenstaande gegevens zijn juist.

Bij de verzekerde is voor zittend ziekenvervoer begeleiding medisch noodzakelijk.

Ja Nee
 Ja Nee

(eventuele) Toelichting:

Naam arts

Plaats

AGB-Code

Stempel arts

9 Vervoer *(s.v.p. vraag 9 en 10 invullen en ondertekenen door verzekerde/aanvrager zelf)*

Van welk soort vervoer wilt u gebruik maken?

Eigen vervoer Ja Nee
Openbaar vervoer Ja Nee
Taxivervoer Ja Nee

Let op! Indien de taxivervoerder een overeenkomst heeft met Agis Zorgverzekeringen en u een machtiging hebt, kunt u in aanmerking komen voor een volledige vergoeding van taxivervoer.

Vanaf welk woonadres wordt u vervoerd?

	Postcode	Plaats
<input type="radio"/> Verzorgingshuis-/verpleeghuis	_____	_____
<input type="radio"/> Overig	_____	_____

Wat is uw vervoersbestemming en voor welk soort behandeling?

Naam ziekenhuis/zorgverlener	Postcode	Plaats	Voor welke behandeling
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____

Geef per hierboven ingevulde bestemming aan hoe vaak u hier naar toe moet en hoelang de verwachte behandelduur is?

Frequentie	Verwachte ingangsdatum	Einddatum (van behandeling)
Instelling 1 per week gedurende _____ (aantal) maanden	_____	_____
Instelling 1 per week gedurende _____ (aantal) maanden	_____	_____
Instelling 1 per week gedurende _____ (aantal) maanden	_____	_____

10 Ondertekening

Door ondertekening en invulling geeft u Agis Zorgverzekeringen toestemming aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar (indien nodig).

Datum

Handtekening verzekerde/aanvrager