

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet uw handtekening op het formulier te zetten op de tweede pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

### 1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze overnachtingskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (058) 291 31 31 op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur.

Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan via [defriesland.nl/vervoerslijn](http://defriesland.nl/vervoerslijn) of bel met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19 (werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur).

Moet u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reizen? Dan kunt u er voor kiezen om te overnachten in een gasthuis (of andere verblijfhuizen). Vraag dan toestemming aan voor uw overnachtingskosten.

### 2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam   
 Geboortedatum  -  -   Man  Vrouw  
 Postcode  Huisnummer  Woonplaats   
 Telefoonnummer  Relatienummer

### 3 Poliklinische behandeldagen

Naam en plaats instelling   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Naam en plaats instelling   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Naam en plaats instelling   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Naam en plaats instelling   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Naam en plaats instelling   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -

### 4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Aantal overnachtingen  Totaalbedrag  ,   
 Naam en plaats overnachting   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Aantal overnachtingen  Totaalbedrag  ,   
 Naam en plaats overnachting   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Aantal overnachtingen  Totaalbedrag  ,   
 Naam en plaats overnachting   
 Begindatum  -  -  Einddatum  -  -   
 Aantal overnachtingen  Totaalbedrag  ,

Let op! Stuur uw factuur van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

## 5 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische) informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Datum   -   -

Handtekening

Stuur het formulier op via: [mijn.defriesland.nl](https://mijn.defriesland.nl)

Liever via post indienen?      De Friesland t.a.v. afdeling Declaratieservice  
Stuur dit declaratieformulier      Postbus 270  
in een envelop naar:              8901 BB Leeuwarden

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het [privacystatement](#) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.