

Vul het formulier online in. Liever het formulier printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Met dit formulier vraagt u uw overnachtingskosten terug. Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (058) 291 31 31 openingstijden op werkdagen tussen 08:00 en 18:00.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor alle reiskosten?

- Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- Nee. Vraag eerst toestemming aan via defriesland.nl/vervoerslijn of bel met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19 (werkdagen tussen 8:30 en 17:00).

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)

Naam	<input type="text"/>											
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>						Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>											

3 Poliklinische behandel dagen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaalbedrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Ondertekeningdatum - - Handtekening

Declareer via mijn.defriesland.nl. Of print dit formulier uit en stuur het op naar: De Friesland Zorgverzekeraar, postbus 270, 8901 BB Leeuwarden