

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen onderaan dit formulier. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Voor een vergoeding uit de basisverzekering heeft u onze toestemming nodig.

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 van maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur.

Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag dan eerst toestemming aan via [onze DFZ-app](#). Of bel met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19 (bereikbaar op maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patiënt)

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

3 Poliklinische behandel dagen

Naam en plaats instelling	Begin datum	Eind datum
<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	Begin datum	Eind datum	Aantal	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"/>

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

5 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik geef De Friesland toestemming om informatie op te vragen die voor de beoordeling van vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze medische informatie direct aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat De Friesland rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum ondertekening - -

Stuur dit formulier in via: mijndefriesland.nl

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:
De Friesland afdeling Declaratieservice
Postbus 270
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.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300