

Aanvraagformulier voor vergoeding van vervoerskosten

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Harlingertrekweg 53 8913 HR Leeuwarden
Telefoon (058) 291 31 31 www.defriesland.nl

1. Gegevens verzekerde

Achternaam	<input type="text"/>	Voorvoegsel(s)	<input type="text"/>	Voorletter(s)	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>		
Postcode	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>				
Verzekerdennr.	<input type="text"/>	Burgerservicnr.	<input type="text"/>				
Telefoonnr.	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>				
Het betreft:	<input type="checkbox"/> een eerste aanvraag <input type="checkbox"/> een vervolgaanvraag	Vanaf welke datum vindt het vervoer plaats?	<input type="text"/>				
Heeft het vervoer betrekking op weekend- of proefverlof?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja: bel voor een motivatieformulier: (058) 291 31 31						

Onderstaande vragen (2 t/m 4) moeten door uw arts ingevuld worden, zelf kunt u verder gaan met vraag 5. Als het om Intensieve Kindzorg (IKZ) gaat, dan in laten vullen door de wijkverpleegkundige.

2. Categorie patiënten

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan.
- Verzekerde moet oncologische behandelingen ondergaan met chemo- en/of radiotherapie.
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen.
 - ▶ Hoe gebruikt verzekerde het hulpmiddel? Permanent Tijdelijk, namelijk maanden
- Verzekerde heeft een visuele beperking en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen.
 - Gecorrigeerde visus OD Gecorrigeerde visus OS
- Verzekerde tot 18 jaar die intensieve kindzorg nodig heeft.
- Verzekerde is langdurig aangewezen op vervoer als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening (hardheidsclausule).

3. Medische indicatie

a. Wat is de medische indicatie?

b. Welke behandeling wordt toegepast?

c. Is begeleiding medisch noodzakelijk? Ja. Waarom?
 Nee (Voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord)

d. Kan verzekerde op medische gronden uitsluitend gebruikmaken van taxivervoer? Ja Nee

e. Heeft het vervoer betrekking op dagbesteding, anders dan een GGZ behandeling? Ja Nee

4. Ondertekening

Naam arts:	<input type="text"/>	datum	<input type="text"/>
Naamstempel:	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>

In te vullen door De Friesland

Toestaan	<input type="checkbox"/> Ja, periode: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Nee, reden: <input type="text"/>
Categorie	<input type="checkbox"/> Nierdialyse <input type="checkbox"/> Oncologie <input type="checkbox"/> Rolstoel <input type="checkbox"/> Visueel <input type="checkbox"/> Kindzorg <input type="checkbox"/> HHC
Soort vervoer	<input type="checkbox"/> Openbaar vervoer <input type="checkbox"/> Eigen vervoer <input type="checkbox"/> Taxi

Onderstaande vragen moeten door verzekerde ingevuld worden.

5. Naar welke instelling/behandelaar gaat u toe?

Naam instelling / behandelaar / plaatsnaam	Gedurende welke periode wordt u behandeld?	Hoe vaak wordt u behandeld?	Enkele reisafstand in kilometers.
Naam _____ Adres _____ Postcode _____ Woonplaats _____		____ x per week ____ x per maand ____ x per jaar ____ x in behandelperiode*	
Naam _____ Adres _____ Postcode _____ Woonplaats _____		____ x per week ____ x per maand ____ x per jaar ____ x in behandelperiode*	
Naam _____ Adres _____ Postcode _____ Woonplaats _____		____ x per week ____ x per maand ____ x per jaar ____ x in behandelperiode*	

*Als de periode van de behandelingen wisselend is graag het totaal aantal behandelingen per aaneengesloten periode van 12 maanden invullen.

6. Mobiliteit

- a. Kunt u zich buiten uw woning lopend verplaatsen? Ja Nee
- b. Zo ja, welke afstand kunt u maximaal lopen? _____ meter
- c. Gebruikt u een hulpmiddel? Stok/krukken Rollator/looprek Scootmobiel Rolstoel Geen
- d. Hoe gebruikt u het hulpmiddel? Permanent Tijdelijk, namelijk _____ maanden

7. GGZ behandeling

- a. Is er sprake van psychiatrische deeltijdbehandeling? Ja Nee, ga door naar vraag 8
- b. Zo ja, wordt de psychiatrische deeltijdbehandeling gecombineerd met een andere therapie of activiteit op dezelfde dag? Ja Nee
- c. Zo ja, met welke therapie of activiteit?
 Activiteitenbegeleiding Muziektherapie Creatieve therapie Dagbestedings-/werkprojecten School
- d. Hoeveel dagdelen per week?
Ma.* _____ Di.* _____ Wo.* _____ Do.* _____ Vr.* _____ *Aantal dagdelen invullen: 1 of 2

8. Vervoer

- a. Bent u in staat om te reizen met het openbaar vervoer? Ja Nee
- b. Zo nee, wat is hier de medische reden voor? _____
- c. Heeft u de mogelijkheid om met eigen vervoer te reizen, eventueel met begeleiding? Ja Nee
- d. Zo nee, wat is hier de medische reden voor? _____
- e. Kunt u voor vervoer gebruikmaken van hulp uit uw directe omgeving zoals burens, familie of vrienden? Ja Nee
- f. Als begeleiding medisch noodzakelijk is (zie vraag 3c), heeft uw begeleider dan de mogelijkheid om met eigen vervoer te reizen? Ja Nee

9. Ondertekening

Verzekerde/gemachtigde verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord. Hij/zij machtigt hierbij de medische adviseur van De Friesland alle inlichtingen in te winnen die voor de toekenning van vervoerskostenvergoeding noodzakelijk zijn. De Friesland behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed op basis van door of namens u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens zullen wij overgaan tot terugvordering van onterecht betaalde vergoedingen.

Heeft u nog vragen over het invullen van dit formulier neemt u dan contact met ons op via telefoonnummer (058) 291 31 31 of raadpleeg de website voor voorwaarden en vergoedingen. Heeft u alle vragen volledig ingevuld? Dan kunt u het formulier ondertekenen en opsturen naar De Friesland Zorgverzekeraar, ter attentie van Team Vervoer, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden. Niet volledige ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

Datum

Naam aanvrager

Handtekening