

# Aanvraagformulier voor vergoeding van vervoerskosten

## Uw gegevens in vertrouwde handen

Vraagt u een verstrekking of een vergoeding aan? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres, telefoonnummer en bankrekeningnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

## Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl). Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar: De Friesland Zorgverzekeraar, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

## 1. Gegevens verzekerde

Achternaam  Voorvoegsel(s)  Voorletter(s)  Geslacht  M  V  
Straatnaam  Huisnummer  Toevoeging   
Postcode  Plaatsnaam   
Verzekerdennr.  Burgerservicnr.   
Telefoonnr.  Geboortedatum   
Het betreft:  een eerste aanvraag  een vervolgaanvraag Vanaf welke datum vindt het vervoer plaats?   
Heeft het vervoer betrekking op weekend- of proefverlof?  Nee  Ja: bel voor een motiveringsformulier: (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:

datum

Naamstempel:

Handtekening

#### 5. In te vullen door De Friesland

Toestaan

Ja, periode:

Nee, reden:

Categorie

Nierdialyse

Oncologie

Rolstoel

Visueel

Kindzorg

HHC

Soort vervoer

Openbaar vervoer

Eigen vervoer

Taxi

Onderstaande vragen moeten door verzekerde ingevuld worden.

#### 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.

#### Mobiliteit

6. 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

#### GGZ behandeling

7. 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

Zie volgende pagina

## 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

Opslaan

Printen