

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener terug.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor deze reiskosten?

- Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. U declareert alleen kosten van een niet-gecontracteerde taxivervoerder.
- Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan. Bel hiervoor met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19.

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"/>	Huisnummer	<input type="text"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>												

3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Onvolledige formulieren en ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet. Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een nieuw formulier.

In welk jaar zijn de kosten gemaakt?

Vertrekadres	<input type="text"/>	Naam instelling	<input type="text"/>
Postcode + huisnr.	<input type="text"/>	Postcode + huisnr.	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie

Ik heb een visuele beperking

Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)

Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule

Ik reis als donor (gever)

Ik reis voor nierdialyse

Ik ben rolstoelafhankelijk

3b U geeft de gereden rit(ten) aan die u nu wilt declareren. Dit geldt niet voor toekomstige ritten.

Nr.	Datum van rit (DD-MM-JJJJ)	Soort behandeling	U maakte de rit voor een poliklinisch bezoek, een dagbehandeling, een opname/ontslag of weekendverlof?	Retourrit
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Totaalbedrag van uw taxikosten (incl. BTW)

4 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.

Ondertekeningsdatum - -

Handtekening

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