

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 de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener 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/machtiging of bel met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19 (werkdagen tussen 8:30 en 17:00).

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"/>
Woonplaats	<input type="text"/>					Telefoon	<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"/>	Geboortedatum	<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?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Naam instelling	<input type="text"/>
Vertrekadres	<input type="text"/>			Adres bestemming	<input type="text"/>
Postcode + huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postcode + huisnr.	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>			Plaats	<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 geriatrische revalidatiezorg
- Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule
- Ik reis als donor (gever)
- Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)
- 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

Bedrag van 1 heenrit + terugrit ,

Werd u begeleid naar uw bestemming? Ja Nee Zo ja, heeft u hiervoor toestemming? Ja Nee

Heeft u nog bootkosten gemaakt? Nee Ja, totaalbedrag van deze kosten: ,

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming de route. De berekening doen we op basis van 9292.nl. U heeft recht op vergoeding voor openbaar vervoer volgens de laagste klasse. Meer informatie vindt u op www.defriesland.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

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.

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