



VPZ ASSURADEUREN

VPZ

Postbus 2868, 6401 DJ Heerlen

Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Toelichting

Met dit formulier kan vergoeding voor zittend ziekenvervoer aangevraagd worden ten laste van de Zorgverzekering. 1e aanvraag
 verlengingsaanvraag

De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen.

Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar VPZ.

VPZ beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) kunnen in behandeling worden genomen.

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam:	
Adres:	
Postcode:	Woonplaats:
Polisnummer:	Geboortedatum:
Telefoonnummer:	

Verklaring van de Arts (deel 1)

1 Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting? Rechteroog: Linkeroog:

- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:

Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:	Aantal dagen per week dat de behandeling plaatsvindt:
---	---

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding).

S.v.p. aankruisen wat van toepassing is.

2 In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

--

Toelichting:

--

3 Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ja nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts:	
Woonplaats:	
AGB-code (huisarts/medisch specialist): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Handtekening arts:
Datum: <input type="text"/>	

[s.v.p. achterzijde ook invullen]

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1 Voor welke behandeling/controle/diagnose is het vervoer noodzakelijk?

2 a Bent u in het bezit van een rolstoel?

ja nee

b Bent u in het bezit van een scootmobiel?

ja nee

3 Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

4 Wat is de uitkomst van onderstaande berekening:

A Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (max. 12)

--	--	--

B Aantal dagen per week dat de behandeling plaatsvindt

			x
--	--	--	---

C Bereken uitkomst van A x B:

--	--	--

D Aantal kilometers van huis naar behandeladres enkele reis

			x
--	--	--	---

E Bereken uitkomst van C x D:

--	--	--

Als de uitkomst 250 of hoger is, heeft u mogelijk recht op vergoeding op basis van groep 5: de hardheidsclausule.

5 Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum:

Einddatum:

6 Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?

ja nee

7 Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?

ja nee

8 Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

ja nee

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde:

Datum:

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar VPZ:

VPZ

Postbus 2868

6401 DJ HEERLEN

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt VPZ of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt schriftelijk een machtiging of afwijzing.

VPZ behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan worden tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.