

# AANVRAAG VOOR ZIEKENVERVOER

*Let op! Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij in behandeling nemen.*

Met dit formulier kunt u ziekenvervoer aanvragen. Hierbij gaat het om vervoer van of naar een behandeling die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De verzekerde dient deel 1 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de behandelend zorgverlener deel 2 (Verklaring behandelend zorgverlener) in te vullen en te ondertekenen.

## VERKLARING VAN DE VERZEKERDE (DEEL 1)

Naam : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Polisnummer : \_\_\_\_\_

### VERBLIJFT U IN EEN WLZ-INSTELLING?

- Nee
- Ja, naam instelling : \_\_\_\_\_
- Adres : \_\_\_\_\_
- Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

### KRUIS HIERONDER AAN WAT VAN TOEPASSING IS:

- A. Verzekerde moet nierdialyses ondergaan in een instelling
- B. Verzekerde moet oncologische behandeling ondergaan met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie.
- C. Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer.  
Is de rolstoelafhankelijkheid blijvend?
- Ja  Nee, de rolstoelafhankelijkheid duurt naar schatting \_\_\_\_\_ maanden.
- D. Verzekerde is visueel beperkt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen:  
De visusmeting: Rechteroog \_\_\_\_\_ % Linkeroog \_\_\_\_\_ %
- E. Verzekerde is jonger dan 18 jaar en vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid
- F. Verzekerde heeft vervoer nodig in verband met geriatrische revalidatie
- G. Verzekerde heeft vervoer nodig in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)
- H. Hardheidsclausule, de verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week/maand behandeld worden.

### 2. WAT IS HET REISTRAJECT?

Van Naam locatie \_\_\_\_\_ Naar Naam locatie \_\_\_\_\_  
Postcode + huisnummer \_\_\_\_\_ Postcode + huisnummer \_\_\_\_\_

### 3. HOE VAAK MOET DE VERZEKERDE VERVOERD WORDEN NAAR DE LOCATIE?

\_\_\_\_ x per week \_\_\_\_\_ x per maand Totaal aantal keer: \_\_\_\_\_

Wat is de (verwachte) behandelperiode? \_\_\_\_\_ maanden

Ingangsdatum vervoer \_\_\_\_\_ (Verwachte) einddatum vervoer \_\_\_\_\_

*Voor de berekening van het aantal kilometers gaan we uit van de snelste route volgens Google Maps*

**Let op! Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij in behandeling nemen.**

**4. WELK SOORT VERVOER IS NOODZAKELIJK?**

Eigen vervoer  Rolstoeltaxi (alleen bij volledige rolstoelafhankelijkheid, indien bevestigd door arts.)

Openbaar vervoer (ov)  Taxi

Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?  Ja  Nee

**ONDERTEKENING VERZEKERDE**

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 van belang zijnde feiten, de aanvraag ongeldig kan worden verklaard.

Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde : \_\_\_\_\_

*Onderstaande dient ingevuld te worden door uw huisarts, medisch specialist of andere BIG geregistreerde zorgverlener.*

**VERKLARING VAN DE BEHANDELEND ZORGVERLENER (DEEL 2)**

**5. WAT IS DE MEDISCHE INDICATIE WAARVOOR VERZEKERDE BEHANDELD WORDT?**

**6. INDIEN EIGEN VERVOER OF OV GEEN OPTIE IS; WAT IS DE MEDISCHE NOODZAAK VOOR (ROLSTOEL)TAXIVERVOER?**

**ONDERTEKENING ZORGVERLENER**

Naam zorgverlener : \_\_\_\_\_

AGB-code : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening zorgverlener : \_\_\_\_\_

U kunt dit ingevulde aanvraagformulier mailen naar [info@dsw.nl](mailto:info@dsw.nl) of per post naar ons verzenden.