



Voor de vergoeding ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van CZ. Door onderstaand formulier in te vullen kan CZ bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt. U kunt alleen vervoer aanvragen voor zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering.



## Uw gegevens

Relatienummer: ..... (u vindt dit op uw CZ Zorgpas of polis)  
Naam: .....  
Geboortedatum: .....  
Postcode: ..... Huisnummer (+eventuele toevoeging): .....  
Telefoonnummer: .....  
E-mailadres: .....  
Worden uw woonlasten betaald vanuit de WLZ?  ja  nee

### 1 Reden van uw aanvraag

- Ik krijg**  chemotherapie,  immunotherapie en/of  radiotherapie in verband met oncologische behandelingen.
- Krijgt u oncologische behandelingen? Dan vergoeden wij het vervoer naar deze behandeling en tussentijdse controles vanaf de datum dat het definitieve behandelplan met u besproken is. **Vult u hier deze datum in:** ..... - ..... - ..... (dd/mm/jjjj)  
De overige ritten die u maakt (bijvoorbeeld voor vooronderzoeken of operaties), beoordelen wij aan de hand van de hardheidsclausule. Op de achterzijde van dit formulier kunt u invullen hoe lang en hoe vaak u naar uw behandelaar moet (naast chemo-, radio- en/of immunotherapie).
- Ik verplaats mij uitsluitend in een rolstoel.**
- Welke afstand kunt u maximaal lopend afleggen (met hulpmiddel)? ..... (meter)
  - Kunt u een overstap maken van uw rolstoel naar een taxi?  ja  nee
  - Bent u tijdelijk afhankelijk van een rolstoel?  ja  nee
  - Welke hulpmiddelen gebruikt u?
    - geen  inklapbare rolstoel
    - niet-inklapbare rolstoel  elektrische rolstoel
    - aangepaste auto (u bestuurt deze zelf)  aangepaste buggy via de WMO
    - scootmobiel
  - Krijgt u uw hulpmiddel via de gemeente?  ja, graag kopie WMO meesturen  nee
- Ik heb een visuele handicap waardoor ik mij niet zelfstandig of zonder begeleiding kan verplaatsen.**
- Wat is de visuswaarde van uw rechteroog na correctie? ..... (%)
  - Wat is de visuswaarde van uw linkeroog na correctie? ..... (%)
  - Krijgt u injecties in het oog?  ja  nee
  - Andere afwijkingen die het gezichtsvermogen beperken: .....
- Ik krijg nierdialyse.**
- Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf.**
- Ik ben orgaandonor.**
- Welk orgaan doneert u? .....
  - Wat is de transplantatiedatum (indien bekend)? ..... - ..... - ..... (dd/mm/jjjj)
- Ik krijg geriatrische revalidatie.**
- Ik word behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening en reis per 12 maanden meer dan 1000 km enkele reis (hardheidsclausule).**
- Ik krijg GZSP-dagbehandelingen in een groep als onderdeel van een zorgprogramma (voor chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking).**

**2 Wat is uw medische indicatie?** .....

**3 Op welke datum start het vervoer naar uw behandeling?** ..... - ..... - ..... (dd/mm/jjjj)

Wanneer de behandeling nog niet vast staat, kunt u geen aanvraag bij ons indienen.



#### 4 Vervoer

Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?  ja  nee

Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?  ja  nee

Kunt u uitsluitend reizen met een taxi?  ja, omdat: .....  nee

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?  ja, omdat: .....  nee

Is begeleiding noodzakelijk? (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord)  ja  nee

Ik word minimaal 3 dagen achter elkaar behandeld en wil graag in plaats van vergoeding voor ziekenvervoer, logeerkosten declareren.

#### 5 Vertrek- en aankomstadres

Reist u van of naar meerdere locaties? U kunt per vertrekadres en aankomstadres een reistraject invullen. U hoeft alleen een enkele reis in te vullen. Voor de berekening van de vergoeding gebruiken wij de routeplanner van Routenet, snelste route. Een eventuele akkoordverklaring geldt voor de heenreis en de terugreis.

Vertrekadres		Aankomstadres
Locatie	Thuis / Anders:	Thuis / Anders:
Straat + huisnummer		
Postcode		
Woonplaats		

- Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting? ..... (maanden per jaar)  
- Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld? ..... (keer per maand)

Vertrekadres		Aankomstadres
Locatie	Thuis / Anders:	Thuis / Anders:
Straat + huisnummer		
Postcode		
Woonplaats		

- Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting? ..... (maanden per jaar)  
- Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld? ..... (keer per maand)

#### Verklaring

- Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld.
- Alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op deze aanvraag of de akkoordverklaring, geef ik vooraf door aan CZ.
- Ik weet dat CZ controles uitvoert. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie.
- Als het vervoer ten onrechte is vergoed op basis van door of namens mij verstrekte onjuiste / onvolledige gegevens, betaal ik de onterecht betaalde vergoedingen terug.

Ja, ik ga akkoord met bovenstaande verklaring

Hebt u nog zaken die van belang zijn of opmerkingen? .....

.....

Handtekening. ....

Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.  
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met CZ Klantenservice, telefoonnummer 088 555 77 77 of raadpleeg de informatie op de website van CZ op [www.cz.nl/vervoer](http://www.cz.nl/vervoer).