



# Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Dit formulier moet worden ingevuld door de verzekerde en door de arts die de verzekerde behandelt

Voor vervoer naar een deeltijdbehandeling in een AWBZ instelling is een apart formulier op te vragen bij de afdeling Klantenservice 0900 - 0949 of te downloaden via [www.cz.nl](http://www.cz.nl)



## Gegevens aanvrager

Naam verzekerde: .....

Adres: .....

Postcode / woonplaats: .....

Relatienummer: ..... Geboortedatum: .....

Telefoonnummer thuis: ..... Telefoonnummer werk: .....

**Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:**

Verpleegadres of naam verpleeginstelling: .....

Adres: ..... Postcode / woonplaats: .....

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

### Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u **vooraf** toestemming te vragen aan CZ. Met deze aanvraag kan CZ bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt, waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stuur het volledig ingevulde formulier naar CZ. **Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.** Het kan alsnog noodzakelijk zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Indien u hier niet mee instemt, dan vragen wij u dit hier aan te geven:

ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar.

U ontvangt per post een akkoordverklaring van CZ en indien nodig een apart declaratieformulier. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van CZ. Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u aan CZ door te geven zoals een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. CZ behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Als het vervoer onterecht is vergoed, zal op grond van het Burgerlijk Wetboek de vergoeding teruggevorderd worden.

### DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (vult u a.u.b. het hele formulier in)

#### 1. Nierdialyse

Krijgt u een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

ja  nee

#### 2. Vervoer naar een behandeling met chemotherapie of bestraling

Krijgt u een bestraling?

ja  nee

Zo ja, op welke datum begint de bestraling? .....

Krijgt u chemotherapie toegediend in tabletvorm?

ja  nee

Krijgt u chemotherapie toegediend via een infuus?

ja  nee

Krijgt u chemotherapie toegediend via een spoeling?

ja  nee

Zo ja, op welke datum begint de chemotherapie? .....

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal? .....

#### 3. Rolstoelvervoer

Bent u tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk?

ja  nee

Hoelang bent u waarschijnlijk tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk? ..... maanden

Wanneer u **tijdelijk uitsluitend** rolstoelafhankelijk bent, vragen wij u een **kopie van de bruikleenovereenkomst van uw rolstoel** mee te sturen.

Bent u langdurig uitsluitend rolstoel afhankelijk?

ja  nee

Wanneer u langdurig uitsluitend rolstoelafhankelijk bent, vragen wij u **een kopie van uw WMO beschikking van uw (elektrische) rolstoel of een voor uw handicap aangepaste auto** mee te sturen.



#### 4. Beperking gezichtsvermogen

Is er sprake van een gezichtsveldbeperking?  ja  nee  
Zo ja, geef de visuswaarde: links ..... rechts .....  
Is er sprake van een oogoperatie?  ja  nee  
Zo ja,  
Geef de datum van het eerste consult i.v.m. de oogoperatie .....  
Geef de datum van de oogoperatie .....

#### 5. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Welke ziekte of aandoening hebt u? .....  
Hoeveel maanden gaat de behandeling duren? .....  
Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan? .....  
Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling? .....

#### 6. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)

**Wat is de eerste dag van uw vervoer?** .....

Als het mogelijk en verantwoord is, geven wij de voorkeur aan openbaar vervoer.

Kunt u reizen met eigen vervoer?  ja  nee  
Kunt u reizen met het openbaar vervoer?  ja  nee  
Kunt u reizen met taxivervoer?  ja  nee  
Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?  ja  nee  
Is begeleiding noodzakelijk?  ja  nee

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk). Hoe vaak per week?

1.....  
2.....  
3.....

Als u kiest voor een taxivervoerder waarmee CZ geen overeenkomst heeft afgesloten, heeft dit gevolgen voor de hoogte van de vergoeding. Kijk op [www.cz.nl/zoekenendokter](http://www.cz.nl/zoekenendokter) voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen heeft CZ goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten.

**CZ gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.**



**Naar waarheid ingevuld**

**Naam verzekerde:** ..... **Datum:** .....

**Plaats:** ..... **Handtekening verzekerde:** .....

**Door de arts die u behandelt in te vullen**



Bovenstaande gegevens zijn juist.  ja  nee

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk:

.....  
.....  
.....

**Als de patiënt slecht kan zien, wat is de visusmeting:** OS ..... OD .....

**Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens.**

**AGB-code/stempel of BIG-inschrijfnummer/stempel:** ..... **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 0900 - 0949.