



Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer naar een deeltijdbehandeling in een AWBZ-instelling

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



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 nodig 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 verblijfsadres. 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)

1a. Langdurige ziekte of aandoening waarvoor u een deeltijdbehandeling in een AWBZ-instelling ondergaat

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?

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres deeltijdbehandeling

Hoe vaak per week?

.....

.....

Wilt u aangeven welke vorm van behandeling in uw situatie van toepassing is?

Er is sprake van ondersteunende begeleiding

Beschrijf de behandeling:

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

Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding

Beschrijf de behandeling:

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



1b. Als er sprake is van vervoer van kinderen naar een deeltijdbehandeling, willen wij graag van u weten hoe de verhouding ligt tussen schoolbezoek en behandeling en wanneer uw kind met de schoolbus kan reizen:

Dag	Aantal uren schoolbezoek	Aantal uren behandeling	Naar school met schoolbus mogelijk ja/nee	Naar huis met schoolbus mogelijk ja/nee
Maandag				
Dinsdag				
Woensdag				
Donderdag				
Vrijdag				

2. Wordt u **NAAST** de deeltijdbehandeling ook behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

Zo ja,

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?

Naam en adres behandelaar overige medische indicaties (meerdere bestemmingen mogelijk) Hoe vaak per week?

1.

2.

3. Vervoer (altijd invullen)

Wat is de eerste dag van uw vervoer?

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

Kunt u reizen met eigen vervoer? ja nee

Kunt u reizen met 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/zoekendokter voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerdere 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:

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 de CZ Klantenservice, telefoonnummer 0900 - 0949.