



Vul dit formulier in als u wijkverpleging wilt afnemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Heeft u een geldige CIZ-indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de Wet langdurige zorg?

- Ja: neem contact op met het zorgkantoor.
- Nee: het formulier vult u of (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de HBO-wijkverpleegkundige.

## 1 Gegevens verzekerde

Achternaam .....

Voorletters .....  man  vrouw

Adres .....

Postcode en woonplaats .....

Geboortedatum .....

BSN .....

Relatienummer verzekerde .....

Telefoonnummer verzekerde .....

E-mail .....

## 2 Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-Register) .....

Telefoonnummer waarop bereikbaar voor verzekeraar .....

E-mail .....

BIG-nummer .....

Niveau opleiding .....

Naam indicerende organisatie .....

AGB-code indicerende organisatie .....

AGB-code indicerende wijkverpleegkundige .....

Wanneer de indicerende wijkverpleegkundige geen eigen AGB-code heeft, voegt u bij deze machtigingsaanvraag een kopie van het diploma van de indicerende wijkverpleegkundige toe.

## 3 Over de zorgvraag van verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

**De reden van deze machtigingsaanvraag is:**

- omdat de indicatie is verlopen
- omdat de zorgbehoefte en/of uw zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd. Graag omschrijven wat er gewijzigd is.

.....  
.....

**Welke doelgroep betreft het?**

- 1032 Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)
- 1033 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden
- 1034 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)
- 1035 Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch/psychiatrisch)
- 1037 Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)
- 1038 Intensieve kindzorg (medische kindzorg)

**Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde inclusief (verpleegkundige) diagnose, voor zover relevant voor de aanvraag.**

Indien er een elektronisch cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit.

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

Indien de verzekerde toestemming geeft om de gevraagde informatie uit het elektronisch cliëntendossier mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

Paraaf verpleegkundige

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde, voor zover relevant voor de aanvraag.

Indien er een elektronisch cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit.

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

**Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging (met uitzondering van verblijf, verpleegkundige dagopvang en casemanagement)**

zie uitgeprinte deel elektronisch cliëntendossier waarin is opgenomen:

- omschrijving handelingen
- soort (PV/VP)
- geïndiceerde tijdsduur per handeling
- aantal keren per week,

of omschrijf onderstaand de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabellen.

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte per week?<sup>1</sup>

Handeling	VP <sup>2</sup> of PV <sup>3</sup>	Aantal minuten/uren	Aantal keer per week	Totaal aantal/uren per week

**Verpleging (1002, 1003, 1004, 1018)\* (uren/minuten per week)**

Begindatum (dd-mm-jjjj)                      Einddatum (dd-mm-jjjj)                      Uren    Minuten  
-- -- -- --                      -- -- -- --                      -- -- -- --

**Verzorging (1000, 1001, 1017, 1019)\* (uren/minuten per week)**

Begindatum (dd-mm-jjjj)                      Einddatum (dd-mm-jjjj)                      Uren    Minuten  
-- -- -- --                      -- -- -- --                      -- -- -- --

\*Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren (etc.) opgenomen, dan behoudt dan CZ zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

**Wordt de zelfredzaamheid op dit moment nog bevorderd of bestaan hierin naar uw inzicht misschien nog mogelijkheden?**

Zo ja, op welke wijze? En om welk tijdsbestek gaat het? Is er bijvoorbeeld verbetering mogelijk door:

- inzet van hulpmiddelen,
- verdere therapie of revalidatie, en/of
- bevordering van de zelfredzaamheid door de inzet van wijkverpleging.

Licht dit kort toe.

.....  
.....

**Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag. Hoe gaat u die doelen/resultaten behalen?**

Indien er een elektronisch cliëntendossier aanwezig is, dan kan er volstaan worden met een print die u bijsluit.

.....  
.....

<sup>1</sup> Indien de zorgbehoefte verandert moet de indicatie aangepast worden en opnieuw een aanvraag ingediend worden.  
<sup>2</sup> Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen (vigeren NZa beleidsregel BR/CU-7138).  
<sup>3</sup> Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (vigerende NZa beleidsregel BR/CU-7138) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

Paraaf verpleegkundige

Wat zijn de mogelijkheden van mantelzorg op het gebied van persoonlijke verzorging en verpleging? Licht kort toe.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zou er volgens u mogelijk sprake zijn van een situatie die zou kunnen vallen onder het domein Wlz?

- Ja,
- Nee

Licht kort toe.....

.....

.....

Zou de beschreven zorgbehoefte (gedeeltelijk) kunnen vallen onder het domein van de Wmo?

- Ja,
- Nee

Licht kort toe.....

.....

.....

#### 4 In geval van MKZ

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts: .....

Ziekenhuis: .....

#### 5 In geval van PTZ

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts: .....

Specialisme: .....

Ziekenhuis: .....

Uit deze verklaring moet blijken dat de levensverwachting minder dan drie maanden is. Daarbij vragen wij een korte toelichting over de huidige medische situatie.

#### 6 Zorgverlener

Wij willen u erop wijzen dat een zorgverlener aan bepaalde eisen moet voldoen. Zo moet de zorgverlener die de zorg verleent en declareert beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. Hiermee bedoelen we dat de zorgverlener beschikking heeft over tenminste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Wanneer de zorgverlener aan de eisen voldoet maar niet gecontracteerd is ontvangt u een restitutievergoeding. Hoe hoog de vergoeding is kunt u lezen in uw polisvoorwaarden, artikel A.20. Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener, dan worden de kosten volledig vergoed.

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Verzekerde zelf
- Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Naam (wettelijke) vertegenwoordiger: .....

Paraaf verpleegkundige

## 7 Ondertekening door verpleegkundige

Ik verklaar dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoen aan de eisen zoals gesteld in het Normenkader Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de indicatie is gesteld volgens de eerste drie stappen uit de Richtlijn verslaglegging V&VN;
- er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte van de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld waar de verzekerde zelf bij was;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien, of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie).

Datum: .....

Naam wijkverpleegkundige: .....

Handtekening wijkverpleegkundige .....

## 8 Ondertekening door verzekerde

Ik verklaar dat:

- ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan CZ, in de vorm van een nieuwe aanvraag;
- ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn machtiging en dat ik indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe machtiging aanvraag;
- ik niet beschik over een CIZ indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- de zorg niet wordt verleend door een partner, een gezinslid en/of familielid in de eerste of tweede graad;
- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan CZ, indien CZ daarom vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor CZ belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

**Ik stem ermee in dat CZ contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn specialisten over mijn (medische) situatie als dit volgens CZ noodzakelijk is voor een zorgvuldige beoordeling van mijn aanvraag. (U mag deze toestemming op elk moment weer intrekken).**

- ja
- nee

Deze toestemming kan noodzakelijk zijn voor de beoordeling van uw aanvraag.

Datum: .....

Naam verzekerde: .....

Handtekening verzekerde: .....

Naam (wettelijke) vertegenwoordiger: .....

Handtekening (wettelijke) vertegenwoordiger .....

Het ingevulde aanvraagformulier kan gestuurd worden naar Postbus 90152, 5000 LD Tilburg t.a.v. Medische Beoordelingen of per e-mail naar [mb.wijkverpleging@cz.nl](mailto:mb.wijkverpleging@cz.nl)

### Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

1. Een kopie anamnese en zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en verzekerde), die voldoen aan het Normenkader V&VN voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (in alle gevallen).
2. Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing).
3. Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
4. Een kopie van het diploma van uw indicerende wijkverpleegkundige (indien van toepassing).

Paraaf verpleegkundige