

In verband met een adequate beoordeling voor geneeskundige zorg in het buitenland verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden en de gevraagde gegevens te verstrekken. Uiteraard behandelen wij uw gegevens vertrouwelijk.



Naam:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Telefoonnummer:

Relatienummer:

1. Waar en bij welke specialist wilt u uw geneeskundige zorg ondergaan?

Naam ziekenhuis:

Vestigingsplaats: Land

Naam specialist:

2. In verband met welke aandoening of voor welke klachten wilt u de behandeling ondergaan?

.....

.....

.....



Ter informatie: voor een aantal ingrepen (o.a. op gebied van plastische chirurgie en kaakchirurgie) is bij behandeling in Nederland vooraf een akkoordverklaring van CZ noodzakelijk.

3. Voor welke behandeling wilt in aanmerking komen?

.....

.....

4. Op welke wijze vindt deze behandeling plaats?

- Poliklinisch consult
- Tweede mening (second opinion)
- Onderzoek
- Dagbehandeling
- Ziekenhuisopname

5. Waarom wilt u de behandeling in het buitenland ondergaan?

.....

.....

.....

Medische onderbouwing (bij voorkeur in te vullen door de behandelend arts)

Om de aanvraag in behandeling te nemen is een omschrijving van de medische indicatie van de behandelend arts noodzakelijk en welke behandeling wordt voorgesteld. Het is van belang dat uw arts nauwkeurig omschrijft wat de aandoening is.

1. Wat is (vermoedelijke) diagnose / aard aandoening?

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

2. Welke behandeling dient verzekerde naar uw mening te ondergaan?

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



Plaats en datum:

Naam specialist

Ziekenhuis:

Voorlopige kostenraming

Het is van belang om inzicht te krijgen in de het kostenaspect van de zorg in het buitenland. Wij verzoeken u om bij de zorginstelling in het buitenland een voorlopig gespecificeerd kostenoverzicht volgens wettelijk tarief van de behandeling te vragen. Deze dient ook voorafgaande aan behandeling goedgekeurd te worden.

Verrichting	Verwachte kosten
In geval van opname ook het te verwachten aantal dagen vermelden	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Totaalbedrag (bij voorkeur in Euro)



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen, telefoonnummer (013) 594 94 17.