



Gegevens van de aanvrager voor wie vervoer nodig is



Relatienummer:

Naam: m v

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer 1:

Telefoonnummer 2:

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

Verpleegadres of naam verpleeginstelling:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Worden uw woonlasten betaald vanuit de WLZ? ja nee

DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (vult u a.u.b. het hele formulier in. Voor meer informatie kunt u bijgevoegde brochure Zittend Ziekenvervoer raadplegen of downloaden via www.cz.nl/formulieren. Leest u ook de toelichting op de achterkant van dit formulier!)



1. Behandeling

Hoeveel maanden gaat de behandeling naar verwachting duren?

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en volledig adres behandelaar	Hoe vaak per maand	Is de enkele reis meer dan 200 km?
------------------------------------	--------------------	------------------------------------

1.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
---------	-------	--

2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
---------	-------	--

Is er sprake van vervoer naar speciaal onderwijs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
---	--

Naam en volledig adres school:

Hebt u al gebruik gemaakt van vervoer? Geef hieronder aan welke periode, waarnaartoe en hoe vaak.

Periode: van t/m Naar: Hoe vaak in totaal:

Wat is de eerste datum van uw vervoer? Datum: . . . - . . . - . . .

Van welk soort vervoer kunt u op basis van uw medische indicatie gebruik maken? Hebt u al een declaratieformulier ingediend?

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

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

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

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

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

Bij intensieve kindzorg: Door wie wordt het kind begeleid: ouders (wijk)verpleegkundige

Kan het vervoer bij intensieve kindzorg gecombineerd worden? ja nee, omdat

2. Beantwoord deze vraag alleen als u zich uitsluitend in een rolstoel kunt verplaatsen:

Wilt u aangeven welk van onderstaande hulpmiddelen u gebruikt:

een inklapbare rolstoel een niet-inklapbare rolstoel/elektrische rolstoel een aangepaste buggy via de WMO

een scootmobiel een aangepaste auto (u bestuurt deze zelf)

LET OP: Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente? ja, stuur dan een kopie van de WMO-beschikking mee nee

3. Beantwoord deze vraag alleen als u een beperkt gezichtsvermogen hebt:

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: . . . - . . . - . . .

Is er sprake van druppels in beide ogen of injecties in het oog? druppels beide ogen injecties in het oog



CZ gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld.

Naam verzekerde: Datum:

Plaats: Handtekening verzekerde:

Let op: Houd er rekening mee dat wij extra informatie bij u op kunnen vragen.



**4. Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën:**

- Verzekerde ondergaat nierdialyse
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening chemotherapie
datum intake voor de start van de chemotherapie:
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening immuuntherapie
datum intake voor de start van de immuuntherapie:
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening radiotherapie
datum intake radiotherapie (uitleg over de bestraling en bepaling van het te bestralen gebied):
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- | | | |
|--|--|------------------------------|
| Kan verzekerde een transfer maken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Kan verzekerde staan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Wat is de maximale loopafstand (met hulpmiddel)? | | meter |
| Is te verwachten dat de mobiliteit verbetert? | <input type="checkbox"/> ja, vanaf | <input type="checkbox"/> nee |
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
Wat is de visusmeting met een correctie door de oogarts? OS OD
- Verzekerde is jonger dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat om vervoer van en naar de plaats van verzorging (verpleegkundig kinderdagverblijf)
- Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden (hardheidsclausule) Dat betekent dat de patiënt totaal meer dan 1000 kilometer enkele reis aflegt over een periode van 12 maanden.

5. Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk:

.....

Soort zorg: Revalidatiezorg Geriatrische revalidatiezorg Zintuigelijk gehandicaptenzorg Langdurige GGZ (opname)

Wordt de behandeling vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet? ja nee

6. Beantwoord deze vraag als er sprake is van een deeltijdbehandeling:

a. Is er sprake van een GGZ-deeltijdbehandeling? Dan onderstaande vraag door de behandelend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut laten invullen.

Wilt u dan aangeven welke vorm van behandeling van toepassing is?

Er is sprake van ondersteunende begeleiding. Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:

.....

Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding. Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:

.....

LET OP: Wanneer er sprake is van een Wlz-indicatie of jeugd GGZ, komen de vervoerskosten niet voor rekening van de Zorgverzekeringswet.



Naam arts/ instelling:

AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist/psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut):

of stempel:

Handtekening:

TOELICHTING

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u **vooraf** toestemming vragen aan CZ. Met deze aanvraag kan CZ bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen wij welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. **Het vervoer moet gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt voor rekening van de Zorgverzekeringswet.** Stuur het volledig ingevulde formulier naar CZ.

Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling. U ontvangt per post een akkoordverklaring van CZ. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van CZ. **Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring aan CZ door te geven.** Denk aan een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. CZ voert controles uit. Als het vervoer onterecht is vergoed, vorderen wij de vergoeding terug.

Als u kiest voor een taxivervoerder zonder overeenkomst, heeft dit gevolgen voor de hoogte van uw vergoeding. Kijk op www.cz.nl/zorgvinden voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen heeft CZ goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten. Voor vervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage. Ook is er sprake van verrekening met uw eigen risico. Wij adviseren u de voorwaarden goed door te lezen op www.cz.nl/vervoer.



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.