

Aanvraagformulier machtiging GGZ voor niet gecontracteerde zorginstellingen

Bent u verzekerde, die naar een niet gecontracteerde zorginstelling wil gaan, dan moet u vooraf toestemming voor behandeling vragen door middel van een machtiging. Zorgverlener van een niet gecontracteerde zorginstelling mag ook namens u vooraf de machtiging aanvragen.

Om een machtiging aan te vragen dient u dit formulier volledig in te vullen en tezamen met gevraagde bijlagen te mailen aan zorg.medisch@ditzo.nl

Let op! Wij beoordelen alleen volledig ingevulde aanvragen met verplichte bijlagen die vooraf zijn ingediend. Dit wil zeggen na het eerste intakegesprek en voor de start van de behandelfase. Wij nemen geen aanvragen in behandeling die achteraf worden ingediend.

U ontvangt van ons binnen 7 dagen een reactie op uw aanvraagformulier.

Welke gegevens hebben wij van u nodig?

AGB code Instelling	<input type="text"/>
AGB code regiebehandelaar	<input type="text"/>
Functie regiebehandelaar	<input type="checkbox"/> psychiater <input type="checkbox"/> psychotherapeut <input type="checkbox"/> verpleegkundig specialist GGZ <input type="checkbox"/> klinische neuropsycholoog <input type="checkbox"/> specialist ouderengeneeskunde
	<input type="checkbox"/> klinisch psycholoog <input type="checkbox"/> GZ psycholoog <input type="checkbox"/> verslavingsarts KNMG <input type="checkbox"/> klinisch geriater
Functies medebehandelaar(s)	<input type="text"/>
Startdatum	<input type="text"/>
Verwachte behandelperiode	<input type="text"/>
AGB code verwijzer	<input type="text"/>
Naam verwijzer	<input type="text"/>
Verzekernummer	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Zorgvraagtype	<input type="text"/>
Verwachte diagnostiektijd	<input type="text"/> minuten
Verwachte behandeltime individueel	<input type="text"/> minuten
Verwachte behandeltime groep	<input type="text"/> minuten
Groepsgrootte	<input type="text"/> aantal deelnemers
Verblijf A	<input type="text"/> aantal dagen
Verblijf B	<input type="text"/> aantal dagen
Verblijf C	<input type="text"/> aantal dagen
Verblijf D	<input type="text"/> aantal dagen
Anders	<input type="text"/>

Bijlagen

1. Verwijsbrief (verplicht mee te sturen als bijlage)

Verwijsbrief met daarin:

- sprake van vermoeden van DSM stoornis
- verwijsdatum
- het verzoek voor behandeling met de verwijsindicatie
- de gegevens van de zorgverlener naar wie verwezen is

2. Actueel behandeltraject (verplicht mee te sturen als bijlage)

Informatie over het voorgestelde behandeltraject met vermelding van:

- de diagnostiek:
 - de gestelde DSM diagnose
 - de wijze waarop de diagnose gesteld is (vermelden van diagnostische instrumenten)
 - indien er sprake is van de behandeling van verslavingsproblematiek dan ontvangen wij informatie uit de MATE 2.1 nl het ingevulde formulier met betrekking tot het middelen gebruik en het scoreformulier
- de doelen die worden er gesteld met betrekking tot de behandeling
- de wijze waarop doelen worden behaald:
 - vermelden van de behandelinterventies (volgens de vigerende richtlijnen/ zorgstandaarden)
- per behandelinterventie:
 - de betrokken zorgverlener (naam, beroep en indien van toepassing AGB code)
 - totaal aantal sessies
 - frequentie
 - duur van de sessies
 - groep of individueel
- groepsbehandeling
 - groepsgrootte
- de wijze waarop de zorgzwaarte is vastgesteld en daarmee de mate waarin verzekerde aangewezen is op de door u aangevraagde zorg.

3. Indien verblijf/opname noodzakelijk (verplicht mee te sturen als bijlage)

- in geval van een opname de (klinische) behandelindicatie, volgens de door de beroepsvereniging vastgestelde richtlijnen
- de locatie waar het verblijf zal plaatsvinden