

Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Eigen vervoer en openbaar vervoer

Met dit formulier kun je vergoeding voor zittend ziekenvervoer (eigen vervoer en openbaar vervoer) aanvragen. Hiervoor heb je toestemming nodig van Ditzo.

De arts of specialist die jou behandelt moet deel 1 invullen en ondertekenen. Vul vervolgens zelf deel 2 in, onderteken het formulier en stuur het formulier terug naar Ditzo:

Ditzo Zorgverzekeringen
t. a. v. Afdeling Ziektekosten Claimbehandeling
Postbus 2072
3500 HB Utrecht
E-mail: Zorg.medisch@ditzo.nl

Taxivervoer

Als je gebruik wilt maken van taxivervoer, kun je dit laten regelen door het vervoersbedrijf Transvision. Met dit bedrijf hebben wij een contract en de kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks door Transvision bij ons gedeclareerd.

Je kunt Transvision bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30 (15 cent per minuut). Vraag je voor de eerste keer taxivervoer bij Transvision aan? Kies dan optie 1 in het telefonische keuzemenu.

Transvision regelt verder alles met jou en dit is dus de snelste manier om taxivervoer te regelen. Je hoeft hiervoor geen contact met Ditzo op te nemen.

Kies je niet voor Transvision? Laat je huisarts of behandelend specialist dan deel 1 van dit formulier invullen en ondertekenen en vul zelf deel 2 in.

ALLEEN EEN VOLLEDIG INGEVULD EN ONDERTEKEND FORMULIER WORDT IN BEHANDELING GENOMEN.

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Relatienummer:

Naam:

Geboortedatum:

--

Deel 1 moet ingevuld worden door de arts / specialist

Deel 2 moet ingevuld worden door de verzekerde

Verklaring van de arts (deel 1)

1 Op de verzekerde is het volgende van toepassing:

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan

Verwachte behandelduur:

Ziekenhuis:

Plaats:

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer

Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting?

Rechteroog Linkeroog

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de diagnose?

Intensieve kindzorg (kopie indicatiestelling bijvoegen)

Verzekerde krijgt geriatrische revalidatiezorg

Verzekerde krijgt dagbehandeling in een groep in het kader van geneeskundige zorg voor specifiek patientengroepen

Hardheidsclausule

Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keer per week behandeld worden. Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:

Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer naar de behandeling plaatsvindt:

(N.B. Afhankelijk van de duur, frequentie en afstand komt verzekerde mogelijk in aanmerking voor vergoeding)

Naam instelling/zorgverlener/ziekenhuis:

Plaats:

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Eventuele toelichting:

2 Is begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ja nee

Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan.

Naar waarheid ingevuld:

Naam huisarts/specialist:

AGB-code (huisarts/specialist):

Datum:

Handtekening:

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1 Voor welke behandeling/controlen en welke diagnose is het vervoer noodzakelijk?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

2 Naar welke instelling of behandelaar moet je vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

3 Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum -- Einddatum --

4 Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (max. 12 maanden)

5 Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer naar de behandeling plaatsvindt

6 Kun je reizen met het openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)? ja nee

Zo nee, wat is de reden?

| |
|--|
| |
| |

7 Reis je minstens drie achtereenvolgende dagen naar een zorgverlener?

Zo ja, wil je gebruik maken van vergoeding van logeerkosten van maximaal € 76,50 per nacht?

Ja, ik verblijf in totaal nachten tijdens de gehele behandeling

Nee

Ondertekening

Door ondertekening en invulling geef je Ditzo toestemming (indien nodig) aanvullende informatie op te vragen bij de behandelaar.

Datum:

--

Handtekening: