

Te versturen naar: zorg.medisch@ditzo.nl

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 uw (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de hbo-wijkverpleegkundige.

1. Gegevens Verzekerde

Voorletter(s) _____ Tussenvoegsel _____ Achternaam _____
Geboortedatum _____ Man Vrouw
BSN _____
Klantnummer _____
Straatnaam _____
Huisnummer + eventuele toevoeging _____
Postcode _____
Telefoon privé _____
Telefoon mobiel _____
Polisnummer _____
E-mailadres _____

2. Gegevens wijkverpleging

Naam (zoals vermeld in het BIG-register) die samen _____
met u de indicatie heeft gesteld _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
BIG-nummer _____
Niveau opleiding _____
Naam organisatie van indicerende
wijkverpleegkundige _____
AGB-code organisatie van indicerende
wijkverpleegkundige _____

Wilt u bij deze machtigingsaanvraag een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van uw indicerende wijkverpleegkundige toevoegen (dit is niet van toepassing als het diploma al verstrekt is aan de Zorgverzekeraar).

3. Indicatie gegevens

Wat is de reden van deze machtigingsaanvraag?

- 1e aanvraag ongecontracteerde zorg
 Kort durende zorg (maximaal 2 maanden) bijv. na ziekenhuisopname
 Tijdelijk (maximaal 6 maanden)
 Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)
- Heraanvraag van de machtiging:
 omdat de zorgbehoefte en/of uw zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd
 omdat de machtiging is verlopen en u nog een geldig zorgplan heeft
 omdat uw machtiging en zorgplan zijn verlopen

Paraaf verzekerde _____

4. Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week?**)

Indicatiestelling (Opstellen en Evalueren van het zorgplan)		(uren/minuten per week)		
Begindatum (dd-mm-jjjj)	Einddatum (dd-mm-jjjj)	Uren	Minuten	Aantal ¹⁾
____-____-_____	____-____-_____	_____	_____	_____
Verpleging (1002, 1003, 1004)*				
Begindatum (dd-mm-jjjj)	Einddatum (dd-mm-jjjj)	Uren	Minuten	Aantal ¹⁾
____-____-_____	____-____-_____	_____	_____	_____
Verzorging (1000, 1001)*				
Begindatum (dd-mm-jjjj)	Einddatum (dd-mm-jjjj)	Uren	Minuten	Aantal ¹⁾
____-____-_____	____-____-_____	_____	_____	_____

1) Hier vult u het aantal eenheden per 5 minuten in (voorbeeld 1 uur en 30 min.= 90 minuten : 5 = Aantal 18)

Hulp tabel om de uren/minuten om te rekenen naar aantallen

5 minuten	=	Aantal 1
15 minuten	=	Aantal 3
30 minuten	=	Aantal 6
45 minuten	=	Aantal 9
1 uur	=	Aantal 12
1,5 uur	=	Aantal 18
2 uur	=	Aantal 24

***) Wij, geven maximaal voor 1 jaar een machtiging af. Heeft u nog een geldig zorgplan of indicatie? Dan dient u alleen een nieuwe machtigingsaanvraag in bij ons.

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

5. Van wie krijgt u de zorg?

Zorgorganisatie/zorgverlener* (incl. opleidingsniveau zorgverlener)	Praktijk AGB-Code	Persoonlijke AGB-Code	Verpleging Aantal min	Verzorging Aantal min per week
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

*) Wie levert uw zorg?

Paraaf verzekerde

6. Ondertekening door verzekerde én verpleegkundige

Ik verklaar:

- Dat de inhoud van het zorgplan met mij, in mijn eigen thuissituatie, is besproken;
- Dat de wijkverpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken;
- 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 Ditzo, in de vorm van een nieuwe aanvraag. Dat 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;
- Dat ik er mee in stem dat Ditzo contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten om mijn (medische) gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- Dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige Zorg (Wlz);
- Dat ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan Ditzo, indien Ditzo daarom vraagt;
- Dat 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;
- Dat ik weet dat verzwijging van de voor Ditzo belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum: ____-____-_____

Naam verzekerde: _____ Naam verpleegkundige: _____

Ik verklaar dat de zorgbehoefte in mijn eigen thuissituatie is beoordeeld.

Handtekening verzekerde: _____ Handtekening verpleegkundige: _____

In alle gevallen: (de volgende stukken dient u bij te voegen)

- Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar Ditzo)
- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normen kader).

In geval van Verpleging en verzorging tot 18jaar:

- Diploma kinderverpleegkunde van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar Ditzo) of de eventuele kinderaantekening.

In geval van PTZ:

- Verklaring van een beperkte levensverwachting (minder dan 3 maanden) door de huisarts of medisch specialist.