

## Aanvraagformulier Pechvogelhulp (Plus)

Om de aanvraag van de Pechvogelhulp (Plus) zo snel mogelijk te kunnen verwerken vragen wij je vriendelijk om dit formulier volledig ingevuld per mail te versturen aan [zorg.medisch@ditzo.nl](mailto:zorg.medisch@ditzo.nl). Vermeld hierbij in het onderwerp dat het de pechvogel betreft gevolgd door je verzekerdenummer. Meer informatie over de Pechvogelhulp en de Pechvogelhulp Plus en de bijbehorende voorwaarden vind je [hier](#) op de website van Ditzo.

### Verzekerdengegevens

Verzekerdnummer: \_\_\_\_\_  
Naam verzekerde: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode/woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

### Gegevens ongeval

1. Wanneer heeft het ongeval plaatsgevonden? Datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, tijdstip \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
2. Waar heeft het ongeval plaatsgevonden? \_\_\_\_\_  
(Vermeld hierbij ook de plaatsnaam, locatie en adres) \_\_\_\_\_

3. Wat is de aard van het ongeval? Geef hieronder een korte toelichting  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Welke klachten ervaar je naar aanleiding van het ongeval?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Heb je eerder dergelijk letsel gehad?  Ja  Nee  
Indien ja, vul hieronder een toelichting in.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Op welke zorg wil je beroep doen vanuit de pechvogelhulp?

- Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie  
Vul bij punt 7 de aanvullende vragen in.
- Tandartskosten  
Vul bij punt 8 de aanvullende vragen in.
- Gezins hulp
- Extra kinderopvang bij opname ouder(s) in ziekenhuis
- Vervangende mantelzorg
- Taxivervoer van en naar het ziekenhuis
- Alternatieve geneeswijzen
- Eenvoudige loophulpmiddelen

---

## Vragen Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie

7. Waar in je lichaam ervaar je klachten?

Wees zo specifiek mogelijk om welke lichaamslocatie het gaat.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Vragen mondzorg

8. Ben je de laatste 2 jaar minimaal 1 maal per jaar voor periodiek preventief onderzoek (controle) naar de tandarts geweest?

Ja  Nee

---

## Aanvullende gegevens

9. Acht je iemand anders aansprakelijk voor het veroorzaken van het ongeval?

Ja  Nee

Geef hieronder een korte toelichting

---

---

---

Hierbij verklaar ik het formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Naam: \_\_\_\_\_

Om je aanvraag zo goed mogelijk af te kunnen handelen kan het zijn dat wij contact met je opnemen of extra informatie opvragen bij de zorgverlener.