

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 of per post aan: Ditzo t.a.v. Afdeling Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Vermeld hierbij in het onderwerp dat het de pechvogel betreft gevolgd door je verzekerdnummer.

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.
 Gezinshulp
 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.