

Medische verklaring zittend ziekenvervoer

Toelichting:

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer aanvragen bij uw zorgverzekeraar. Uw huisarts of behandelend arts dient deel 1 van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Deel 2 wordt gedeeltelijk door uw arts ingevuld en gedeeltelijk vult u dit zelf in. Het volledige formulier (deel 1 + deel 2) kunt u afgeven aan de chauffeur.

Gegevens aanvrager (verzekerde):

Naam: _____ Cliëntnummer: _____
Adres: _____ Geboortedatum: _____
Postcode: _____ Burgerservicenummer: _____
Woonplaats: _____ Telefoonnummer: _____

Verklaring van de arts: (deel 1)

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan → verwachte behandelduur: _____
- 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 _____
- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keer per week behandeld worden → aantal maanden dat de behandeling gaat duren: _____
Gemiddeld aantal behandelingen per week: _____

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Eventuele toelichting:

Is begeleiding van verzekerde noodzakelijk?

(Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan)

- Ja
- Nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts: _____

Postcode + woonplaats: _____

AGB-Code (huisarts/specialist): _____

Datum: _____

Stempel en handtekening arts:



Verklaring van de verzekerde: (deel 2)

Voor welke behandeling / controle en welke diagnose is het vervoer noodzakelijk?

Naar welke instelling of behandelaar heeft u vervoer nodig?

Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum: _____

Einddatum: _____

Kunt u reizen met eigen vervoer?

- Ja
- Nee

Kunt u reizen met openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)?

- Ja
- Nee

Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer (eventueel met begeleiding)?

- Ja
- Nee

Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel?

- Ja (0 rollator 0 looprek 0 krukken/drie of vierpoot 0 anders _____)
- Nee

Ondertekening:

Door ondertekening en invulling geeft u uw zorgverzekeraar toestemming om indien nodig, aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar. De aanvragen voor het taxivervoer worden behandeld door Transvision B.V. Voor vragen kunt u Transvision B.V. bereiken via 0900 – 333 333 0.

Datum:

Handtekening:
