

AANVRAAG VOOR ZIEKENVERVOER

Voor de vergoeding van ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van DSW. Door onderstaand formulier in te vullen, beoordeelt DSW of u voor een vergoeding in aanmerking komt. U kunt alleen vervoer aanvragen voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

! **DEEL 1 (VERKLARING VAN DE VERZEKERDE) MOET VOLLEDIG INGEVULD EN ONDERTEKEND WORDEN DOOR DE VERZEKERDE. DEEL 2 (VERKLARING BEHANDELEND ZORGVERLENER) INVULLEN EN ONDERTEKENEN.**

! **ONVOLLEDIG INGEVULDE AANVRAAGFORMULIEREN NEMEN WIJ NIET IN BEHANDELING.**

Uw gegevens

Naam _____
Geboortedatum _____
Verzekerdennummer _____
Email-adres _____

Verblijft u in een WLZ instelling ☐ Nee ☐ Ja, tijdelijk ☐ Ja, permanent

1. Verklaring van verzekerde (Deel 1)

Doorloop A t/m H en kruis aan wat voor uw situatie van toepassing is. Vul de gevraagde gegevens altijd volledig in.

A ☐ Ik verplaats mij buitenshuis uitsluitend met een rolstoel.

Als u zich kunt verplaatsen met rollator, krukken of ander loophulpmiddel, valt u niet onder deze categorie.

Welke rolstoel gaat tijdens de rit met u mee? ☐ inklapbare rolstoel ☐ niet-inklapbare rolstoel

Kunt u een overstap maken van uw rolstoel naar het vervoermiddel? ☐ ja ☐ nee

B ☐ Ik heb een visuele beperking waardoor ik mij niet zonder begeleiding van een persoon kan verplaatsen.

C ☐ Ik krijg oncologische behandelingen, namelijk ☐ chemotherapie
☐ immuuntherapie
☐ radiotherapie

Wat is de startdatum van de behandeling ____-____-____ (dd/mm/jjjj)

D ☐ Ik krijg nierdialyse.

E ☐ Ik ben jonger dan 18 jaar en ben vanwege complexe lichamelijke problematiek of lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

F ☐ Ik krijg geriatrie revalidatiezorg.

G ☐ Ik krijg dagbehandelingen in een groep, in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). Ik krijg deze behandeling voor een chronische degeneratieve aandoening, in verband met een verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel.

- H ☐ Ik doe een beroep op de hardheidsclausule. Ik heb geen vervoer nodig in verband met bovenstaande categorieën, maar ik word wel langdurig en regelmatig (meerdere keren per week of per maand) behandeld voor een ziekte of aandoening.

2. Soort vervoer

Het te vergoeden vervoer moet doelmatig zijn en niet onnodig kostbaar. Daarom beoordeelt DSW of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

- ☐ Ik reis met openbaar vervoer
- ☐ Ik reis met eigen vervoer (ik rij zelf of iemand anders rijdt voor mij)
- ☐ Ik wil gebruik maken van taxivervoer
- ☐ Ik wil gebruik maken van rolstoeltaxi

3. Reistraject

Ik vertrek vanaf: ☐ Huisadres ☐ Zorginstelling, namelijk (Adres volledig invullen):

Naam vertreklocatie _____

Straat en huisnummer _____

Postcode/Woonplaats _____

Ik moet naar: ☐ Huisadres ☐ Zorginstelling, namelijk (Adres volledig invullen):

Naam vertreklocatie _____

Straat en huisnummer _____

Postcode/Woonplaats _____

Ingangsdatum vervoer _____

Verwachte einddatum vervoer _____

Aantal reisdagen per week/per maand per week: _____ per maand: _____

Totaal aantal reisdagen in deze periode _____

Is er sprake van een klinische opname ☐ Ja ☐ Nee

Is er sprake van weekendverlof ☐ Ja ☐ Nee

Zijn er nog andere zaken van belang? _____

INDIEN U NAAST BOVENSTAANDE LOCATIE NOG NAAR EEN ANDERE LOCATIE GAAT, KUNT U DIT HIERONDER INVULLEN.

Ik vertrek vanaf: ☐ Huisadres ☐ Zorginstelling, namelijk (Adres volledig invullen):

Naam vertreklocatie _____

Straat en huisnummer _____

Postcode/Woonplaats _____

Ik moet naar: ☐ Huisadres ☐ Zorginstelling, namelijk (Adres volledig invullen):

Naam vertreklocatie _____

Straat en huisnummer _____

Postcode/Woonplaats _____

Ingangsdatum vervoer _____

Verwachte einddatum vervoer _____

Aantal reisdagen per week/per maand per week: _____ per maand: _____

Totaal aantal reisdagen in deze periode _____

Is er sprake van een klinische opname ☐ Ja ☐ Nee

Is er sprake van weekendverlof ☐ Ja ☐ Nee

Zijn er nog andere zaken van belang? _____

4. Handtekening verzekerde

- Ik verklaar dat ik vraag 1, 2 en 3 volledig en naar waarheid heb ingevuld.
- Ik verklaar dat mijn zorgverlener vraag 5 (Deel 2) heeft ingevuld en het formulier heeft ondertekend.
- Ik geef alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op deze aanvraag of akkoordverklaring vooraf door aan DSW.
- Ik weet dat DSW controles uitvoert. Ik bewaar mijn taxibonnen, originele nota's en reisoverzichten minimaal 2 jaar voor controle van mijn declaraties.
- Als het vervoer ten onrechte is vergoed op basis van door of namens mij verstrekte onjuiste/onvolledige gegevens, betaal ik de onterecht betaalde vergoedingen terug.
- Met het invullen van dit formulier geef ik DSW toestemming om mijn gegevens te delen met de toegewezen (gecontracteerde) vervoerder.
- Met het ondertekenen van dit formulier geef ik DSW toestemming om aanvullende informatie, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, rechtstreeks op te vragen bij de in deel 2 van dit formulier genoemde behandelend zorgverlener.
- Tegelijkertijd geef ik hierbij de behandelend zorgverlener toestemming om deze informatie met DSW te delen. Dit, zolang DSW kan motiveren waarom de gevraagde informatie noodzakelijk is om te beoordelen of de onderhavige aanvraag kan worden goedgekeurd. Na de beoordeling van de aanvraag is deze toestemming niet meer geldig en ik ben mij ervan bewust dat ik deze toestemming op elk moment kan intrekken.
- Met het invullen van dit formulier geef ik aan dat ik op de hoogte ben van de geldende polisvoorwaarden.
- Ik ben mij ervan bewust dat het verwerken van dit aanvraagformulier minimaal 5 werkdagen bedraagt.
- Ik ben mij ervan bewust dat bij een goedkeuring, de vervoerder tijd nodig heeft om het vervoer in te plannen. Ik reserveer de ritten hierdoor tijdig.
- Met het invullen van dit formulier ga ik akkoord met bovenstaande verklaring.

Datum: _____ Handtekening verzekerde: _____

5. Verklaring van de behandelend zorgverlener (Deel 2)

Onderstaande moet ingevuld en ondertekend worden door uw huisarts, medisch specialist of andere BIG geregistreerde zorgverlener.

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk;

Welke behandeling zal verzekerde ondergaan?

Indien eigen vervoer of ov geen optie is; wat is de medische noodzaak voor (rolstoel)taxivervoer?

Wanneer is (naar verwachting) reizen met eigen vervoer of ov mogelijk?

Is er sprake van medische begeleiding:

Indien er sprake is van visuele beperking:

Visusmeting : Rechteroog _____% Linkeroog _____%

Indien er sprake is van rolstoelgebondenheid :

Is verzekerde blijvend rolstoelafhankelijk ☐ Ja
☐ Nee, verzekerde is naar verwachting __ maanden afhankelijk van de rolstoel

ONDERTEKENING ZORGVERLENER

Naam zorgverlener:

AGB-code:

Datum:

Handtekening zorgverlener: _____