

Aanvraag voor Ziekenvervoer

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan DSW Zorgverzekeraar. Onvolledige aanvragen of aanvragen die niet zijn ingevuld door uw arts/specialist worden niet in behandeling genomen.

Handtekening/stempel arts/specialist

Naam : _____

Adres : _____

Postcode : _____ Woonplaats : _____

Telefoonnummer : _____

Geboortedatum : _____ Polisnummer : _____ BSN-nummer : _____

Aanvraag voor vergoeding van vervoerskosten bij:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> consulten, (na)controles en onderzoek bij hemodialyse | <input type="checkbox"/> Slechthoortheid***: visus ____%**** |
| <input type="checkbox"/> primaire behandeling bij oncologische aandoeningen* | <input type="checkbox"/> Volledig rolstoel gebonden |
| <input type="checkbox"/> jonger dan 18 jaar, waarbij zorg in nabijheid noodzakelijk is** | <input type="checkbox"/> Geriatrische Revalidatiezorg |
| <input type="checkbox"/> Blindheid*** | <input type="checkbox"/> Hardheidsclausule |

* Hieronder vallen consulten, nacontroles, bloedonderzoek en/of ander onderzoek bij chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie

** en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging.

Hierbij is sprake van de behoefte aan permanente toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

*** Waardoor u niet zonder begeleiding kunt reizen.

**** Visus die niet corrigeerbaar is met lenzen of een bril.

Aanvraag vervoer

Medische verklaring arts/specialist (verplicht invullen)

Indien u volledig rolstoelgebonden bent, dient dit duidelijk uit de medische indicatie te blijken om uw aanvraag te kunnen beoordelen.

Soort vervoer

Openbaar vervoer Eigen vervoer Taxi Rolstoeltaxi Overig, namelijk _____

Aantal keren dat u vervoerd moet worden (**verplicht invullen**)

Aantal keer per week : _____ Aantal keer per maand : _____ behandelperiode: _____ maanden Totaal aantal keer: _____

Ingangsdatum vervoer: _____ Einddatum: _____

Berekende afstand in kilometers enkele reis volgens de snelste route, géén rekening houdend met het actuele verkeer, met behulp van de route diensten van Google : _____

De vergoeding vindt plaats op grond van de Zorgverzekeringswet. Het aanvragen van zittend ziekenvervoer naar een instelling of zorgverlener is alleen van toepassing als er sprake is van een medische behandeling, welke plaatsvindt in een (Nederlands) ziekenhuis of behandelcentrum.

Van (alleen invullen indien locatie anders is dan bovenstaand adres):

Naar (verplicht invullen):

Vervoer van huis/naam locatie: _____

Naar naam locatie: _____

Postcode en huisnummer van: _____

Postcode en huisnummer locatie: _____

Verblijft u in een Wlz-instelling? Ja Nee

Zo ja, naam instelling : _____

Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?

Ja Nee