

Aanvraag voor Ziekenvervoer

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan Stad Holland 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 vervoer

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.

Vergoeding vindt plaats op grond van de Zorgverzekeringswet.

Vervoer van huis/naam locatie : _____ Naar naam locatie : _____

Postcode en huisnummer van : _____ Postcode en huisnummer locatie : _____

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 : _____

Aantal keren dat u vervoerd moet worden

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

Verblijft u in een Wlz-instelling? Ja Nee Zo ja, naam instelling : _____

Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? Ja Nee

Soort vervoer

Openbaar vervoer Eigen vervoer Taxi Rolstoeltaxi

Vergoeding van kosten van verzekerde bij:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> consulten, (na)controles en onderzoek bij nierdialyses | <input type="checkbox"/> hardheidsclausule: |
| <input type="checkbox"/> primaire behandeling bij oncologische aandoeningen* | periode : _____ maanden |
| <input type="checkbox"/> jonger dan 18 jaar ** | frequentie : _____ per week |
| <input type="checkbox"/> blindheid*** | reisafstand in km : _____ enkele reis (conform snelste route) |
| <input type="checkbox"/> slechtziendheid***: visus _____%**** | (voorwaarden hardheidsclausule staan in de folder zittend ziekenvervoer) |
| <input type="checkbox"/> Volledige rolstoel gebondenheid ***** | |

* Hieronder vallen consulten, nacontroles, bloedonderzoek en/of ander onderzoek van oncologische behandelingen (chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie)

** Er is sprake van een complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij er verpleging en verzorging noodzakelijk is en sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

*** Waardoor de verzekerde niet zonder begeleiding kan reizen.

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

***** Verzekerden die zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen

Medische verklaring en toelichting voor aanvraag vanuit arts/specialist (verplicht invullen)
