

Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Toelichting

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer aanvragen. Hiervoor heeft u toestemming nodig van PNOzorg. Uw huisarts of behandelend arts dient deel 1 van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vul overige punten zelf in en stuur het ondertekende formulier terug naar PNOzorg.

[] 1^e aanvraag [] verlenging

Alleen een volledig ingevuld en ondertekend formulier wordt in behandeling genomen.

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Relatienummer: _____

Telefoonnummer: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Burgerservicenummer: _____

Verklaring van de arts (deel 1)

1 Op de verzekerde is het volgende van toepassing:

- 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 ____
Indien er sprake is van verminderd gezichtvermogen, wat is de diagnose?: _____
- Intensieve kindzorg
- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keer per week behandeld worden
Aantal maanden dat de behandeling gaat duren: ____
Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer naar de behandeling plaatsvindt: ____
(N.B. Afhankelijk van de duur, frequentie en afstand komt verzekerde mogelijk in aanmerking voor vergoeding)

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Eventuele toelichting:

2 Is begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ja nee

Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan.

Naar waarheid ingevuld

Naam arts: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

AGB-code (huisarts/specialist): _____ Datum: _____

Handtekening en stempel arts

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1 Voor welke behandeling/controler en welke diagnose is het vervoer noodzakelijk?

2 Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar: _____

Plaats instelling/behandelaar: _____

Naam instelling/behandelaar: _____

Plaats instelling/behandelaar: _____

Naam instelling/behandelaar: _____

Plaats instelling/behandelaar: _____

3 Wat is de vermoedelijke behandelperiode? Startdatum _____ Einddatum _____

4 Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (max. 12 maanden) _____

5 Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer voor de behandeling plaatsvindt _____

6 Kunt u reizen met eigen vervoer? ja nee
Aantal kilometers (volgens www.routenet.nl) van huis naar behandeladres, enkele reis _____

7 Kunt u reizen met het openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)? ja nee
Zo nee, wat is de reden? _____

8 Kunt u uitsluitend gebruikmaken van taxivervoer (eventueel met begeleiding)? ja nee

9 Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel? ja nee
 Rollator Looprek Krukken / drie- of vierpoot Anders _____

10 Is uw maximale loopafstand minder dan 400 meter? ja nee

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer, kunt u ervoor kiezen dit te laten regelen door het door ons gecontracteerde taxibedrijf Transvision. De kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks bij ons gedeclareerd. Transvision is te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Ondertekening

Door ondertekening en invulling geeft u PNOzorg toestemming (indien nodig) aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar. De aanvragen voor taxivervoer worden beoordeeld door Transvision B.V..

Datum

Handtekening

Heeft u nog vragen? Neemt u dan gerust contact op met ons Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62. Ook op onze website www.pnozorg.nl kunt u veel informatie vinden.