

## Aanvrager

Naam verzekerde:	<input type="text"/>	
Adres:	<input type="text"/>	
Postcode / woonplaats:	<input type="text"/>	
BSN:	<input type="text"/>	Geboortedatum: <input type="text"/>
Telefoonnummer thuis:	<input type="text"/>	Telefoonnummer werk: <input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Telefoonnummer mobiel: <input type="text"/>

**Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:**

Naam zorgverlener of verpleeginstelling:	<input type="text"/>	
Adres:	<input type="text"/>	Postcode / woonplaats: <input type="text"/>

### Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan Salland Zorgverzekeringen. Met deze aanvraag kan Salland Zorgverzekeringen bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt, waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg (Wlz). Stuur het volledig ingevulde formulier naar Salland Zorgverzekeringen of per e-mail naar: [toestemming@eno.nl](mailto:toestemming@eno.nl). **Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.** U ontvangt per post een akkoordverklaring van Salland Zorgverzekeringen. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van Salland Zorgverzekeringen. Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u aan Salland Zorgverzekeringen door te geven zoals een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. Salland Zorgverzekeringen behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Als het vervoer onterecht is vergoed, zal op grond van het Burgerlijk Wetboek de vergoeding teruggevorderd worden.

## Door verzekerde in te vullen (vult u a.u.b. het hele formulier in)

### 1. Nierdialyse

Krijgt u een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

ja  nee

### 2. Behandeling met bestraling (radiotherapie), immunotherapie of chemotherapie

Krijgt u een bestraling, immunotherapie of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte?

ja  nee

Wat is de begindatum van uw bestraling, immunotherapie of chemotherapie?

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal?

### 3. Rolstoelvervoer

Bent u permanent rolstoelafhankelijk?

ja  nee

evt. toelichting

Gebruikt u de rolstoel tijdelijk?  nee  ja, nl tot

### 4. Beperking gezichtsvermogen

Kunt u zo slecht zien, dat u niet zonder begeleiding met het openbaar vervoer of de auto kunt reizen?  ja  nee

Is er sprake van een gezichtsveldbeperking?  ja  nee

### 5. Intensieve kindzorg

Is verzekerde jonger dan 18 jaar en aangewezen op zorg vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap?

ja  nee

6. Bent u aangewezen op geriatrische revalidatiezorg?  ja  nee

7. Bent u aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend? (zie ook de voorwaarden)  ja  nee

8. Wilt u gebruikmaken van de mogelijkheid om te overnachten?  ja  nee

In onze voorwaarden kunt u lezen wanneer u recht heeft op vergoeding van kosten van overnachting.

**9. Langdurige ziekte of aandoening** (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 6 nee hebt geantwoord)

Wordt u behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

ja  nee

Hoeveel maanden gaat de behandeling duren (in weken)?

Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling?

**10. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)**

**Wat is de eerste dag van uw vervoer?**

Kunt u reizen met eigen vervoer?

nee  ja

Kunt u reizen met het openbaar vervoer?

nee  ja

Is een begeleider uit medisch oogpunt noodzakelijk?

ja  nee

Kunt u alleen reizen met taxivervoer?

nee  ja

Is een begeleider uit medisch oogpunt noodzakelijk?

ja  nee

Is dit een normale taxi?

nee  ja

Is dit een rolstoeltaxi?

nee  ja

**Bij intensieve kindzorg**

ouder(s)

(wijk)verpleegkundige

Door wie wordt het kind begeleid?

ja  nee

ja  nee

Kan het vervoer gecombineerd worden?

ja  nee, omdat

**Krijgt u een akkoordverklaring van Salland Zorgverzekeringen en wilt u een volledige vergoeding voor zittend ziekenvervoer? Dan moet u kiezen voor een taxivervoerder waarmee Salland Zorgverzekeringen een overeenkomst heeft.**

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk).

Hoe vaak per maand?

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Salland Zorgverzekeringen gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.**

Naar waarheid ingevuld	
Naam verzekerde:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>
Plaats:	<input type="text"/>
Handtekening verzekerde:	<input type="text"/>

Dit formulier opsturen naar: Salland Zorgverzekeringen  
afdeling Declaratie-vervoer  
Postbus 166  
7400 AD Deventer  
E-mail: toestemming@eno.nl

**In te vullen door de arts die u behandelt**

Bovenstaande gegevens zijn juist.

ja  nee

Bij de patiënt is voor zittend ziekenvervoer begeleiding medisch noodzakelijk.

ja  nee

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk:

Eventuele toelichting:

Als de patiënt slecht kan zien, wat is de visusmeting:

linkeroog

rechteroog

Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens van de verzekerde.

AGB-code/stempel of BIG-inschrijfnummer/stempel:

Handtekening