

Met dit formulier kunt u een machtiging aanvragen voor wijkverpleging door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Op [salland.nl/zorgzoeker](http://salland.nl/zorgzoeker) vindt u de zorgverleners waarmee wij een contract hebben. U heeft geen machtiging nodig wanneer u kiest voor een zorgverlener waarmee wij een contract hebben.

Indien u een geldige indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg voor de Wet Langdurige Zorg heeft, is er geen recht op vergoeding voor wijkverpleging vanuit de Zorgverzekeringswet. Neem in dat geval contact op met uw Zorgkantoor.

Op werkdagen geopend  
van 8.00 tot 17.00 uur

### 1. Gegevens verzekerde

Achternaam:	<input type="text"/>	
Voorletters:	<input type="text"/>	M/V: <input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>	
Postcode / woonplaats:	<input type="text"/>	
Geboortedatum:	<input type="text"/>	
Polisnummer verzekeraar:	<input type="text"/>	
Telefoonnummer:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>	

### 2. Aanvraag gedaan namens verzekerde (indien van toepassing)

Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/>
AGB code:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Handtekening aanvrager:	<input type="text"/>
Handtekening verzekerde voor akkoord:	<input type="text"/>

### 3. Gegevens indicierend verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-register):	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
BIG-nummer:	<input type="text"/>
Niveau opleiding:	<input type="text"/>
Naam indicerende organisatie:	<input type="text"/>
AGB-code indicerende organisatie:	<input type="text"/>

Bij deze machtingsaanvraag dient u een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van uw indicierend verpleegkundige toe te voegen.

#### 4. Reden aanvraag

Eerste zorgaanvraag niet-gecontracteerde wijkverpleging	
<input type="checkbox"/>	Kortdurende en/of langdurige zorg
<input type="checkbox"/>	Terminale zorg
Of verlenging/wijziging	
<input type="checkbox"/>	Wijziging zorgbehoefte
<input type="checkbox"/>	Wijziging zorgverlener
<input type="checkbox"/>	Toekenning/machtiging verlopen

#### 5. Indicatie

Geïndiceerde functies	Uren/minuten	Startdatum	Einddatum
<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging			
<input type="checkbox"/> Verpleging			
<input type="checkbox"/> Oproepbare verzorging			
<input type="checkbox"/> Oproepbare verpleging			
<input type="checkbox"/> Gespecialiseerde verpleging			
<input type="checkbox"/> AIV			

#### 6. Zorgverlener/zorgorganisatie

Wie levert de zorg?				
Naam zorgorganisatie/ zorgverlener	AGB code	Aantal minuten AIV per week	Aantal minuten verzorging per week	Aantal minuten verpleging per week

#### 7. Verklaring door indicierend verpleegkundige

Ik verklaar:

- dat de geïndiceerde zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet.
- dat de inhoud van het zorgplan met de verzekerde is besproken.
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.

Datum ondertekening:	
Naam indicierend verpleegkundige:	
Handtekening indicierend verpleegkundige:	

## 8. Toestemming van verzekerde

Ik geef toestemming dat Salland Zorgverzekeringen contact opneemt met de indicierend verpleegkundige om ontbrekende en benodigde gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging op te vragen.

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Ik geef toestemming dat Salland Zorgverzekeringen contact opneemt met mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten om ontbrekende en benodigde gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging op te vragen.

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

*Wanneer u geen toestemming geeft en Salland Zorgverzekeringen in het kader van de aanvraag het toch nodig acht ontbrekende en benodigde gegevens op te vragen, kan het gevolg zijn dat de aanvraag niet in behandeling wordt genomen.*

Datum ondertekening:	
Naam verzekerde:	
Handtekening verzekerde:	

## 9. Verklaring door verzekerde

Ik verklaar:

- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz).
- dat de inhoud van het zorgplan met mij is besproken.
- dat de verpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken.
- dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 2 weken kenbaar maak aan Salland Zorgverzekeringen, in de vorm van een nieuwe aanvraag.
- dat ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan Salland Zorgverzekeringen, indien Salland Zorgverzekeringen daarom vraagt.
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.
- dat ik weet dat verzwijging van de voor Salland Zorgverzekeringen belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum ondertekening:	
Naam verzekerde:	
Handtekening verzekerde:	

## **Wat stuurt u met deze aanvraag mee?**

### **In alle gevallen:**

- een kopie van het diploma Hbo Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van de indicierend verpleegkundige.
- het volledige zorgplan (ondertekend door indicierend verpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader, dit kader beschrijft aan welke eisen verpleegkundigen moeten voldoen wanneer zij verpleging en verzorging indiceren en organiseren).

### **In geval van zorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar:**

- een kopie van het diploma kinderverpleegkundige of eventuele kinderaantekening van degene die de indicatie heeft gesteld.

### **In geval van gespecialiseerde verpleging:**

- een uitvoeringsverzoek van een zelfstandig bevoegd functionaris (= arts of Nurse Practitioner).

### **In geval van terminale zorg:**

- een verklaring van een arts dat de levensverwachting van de verzekerde naar verwachting korter dan drie maanden is.

Het ingevulde formulier, inclusief bijlagen, kunt u per e-mail versturen naar [toestemming@eno.nl](mailto:toestemming@eno.nl)

of per post naar:

Salland Zorgverzekeringen  
Adviserend verpleegkundige  
Antwoordnummer 30  
7400 VB Deventer

Indien het aanvraagformulier niet-gecontracteerde wijkverpleging onvolledig is ingevuld en/of ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag nog niet in behandeling.