

Aanvrager

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

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), immuuntherapie of chemotherapie

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

ja nee

Wat is de begindatum van uw bestraling, immuuntherapie 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. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 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?

7. 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.

2.

3.

Salland Zorgverzekeringen gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde:

Datum:

Plaats:

Handtekening verzekerde:

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

Door de arts die u behandelt in te vullen

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