

Ziekenvervoer

Belangrijk

Om voor vergoeding in aanmerking te komen is het nodig dat je vooraf toestemming vraagt aan HollandZorg. Met deze aanvraag bepaalt HollandZorg of je voor een vergoeding in aanmerking komt. Ook bepaalt HollandZorg welk soort vervoer je krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer moet naar een instelling of zorgverlener gaan voor een behandeling waarop je aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Stuur het volledig ingevulde formulier naar HollandZorg of per e-mail naar: toestemming@salland.nl. Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen. Je ontvangt per post een akkoordverklaring van HollandZorg. Als jouw aanvraag wordt afgewezen, hoor je dat van HollandZorg. Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op jouw aanvraag of akkoordverklaring, moet je aan HollandZorg doorgeven, zoals een tijdelijke wijziging van je verblijfsadres. HollandZorg mag controles uitvoeren. Als het vervoer onterecht is vergoed, wordt op grond van het Burgerlijk Wetboek de vergoeding teruggevorderd.

HollandZorg gaat vertrouwelijk om met jouw persoonlijke gegevens.

Aanvrager

Relatienummer

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Alternatief adres

Word je van een ander adres dan jouw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:

Naam zorgverlener of
verpleeginstelling

Adres

Postcode

Plaats

Vragen door de verzekerde in te vullen

Vul je a.u.b. het hele formulier in.

1. Nierdialyse

Krijg je een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

Ja Nee

2. Behandeling met bestraling (radiotherapie), immuuntherapie of chemotherapie

Krijg je een bestraling, immuuntherapie of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte?

Ja Nee

Wat is de begindatum van je bestraling, immuuntherapie of chemotherapie?

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal?

3. Rolstoelvervoer

Ben je rolstoelafhankelijk?

Ja, permanent Ja, tijdelijk Nee

Tot welke datum verwacht je de rolstoel tijdelijk te gebruiken?

4. Beperking gezichtsvermogen

Kan je zo slecht zien, dat je 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

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

Ja Nee

6. Geriatrische revalidatiezorg

Ben je aangewezen op geriatrische revalidatiezorg?

Ja Nee

7. Dagbehandeling

Ben je aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend?

Ja Nee

8. Mogelijkheid tot overnachting

Wil je gebruikmaken van de mogelijkheid om te overnachten?

Ja Nee

9. Langdurige ziekte of aandoening

Alleen invullen als je bij vraag 1 tot en met 6 'nee' hebt geantwoord.

Word je behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

Ja Nee

Hoeveel weken gaat de behandeling duren?

Hoe vaak per week moet je een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet je reizen naar de behandeling?

Vervoer

Als je een akkoordverklaring van Salland Zorgverzekeringen krijgt en je een volledige vergoeding voor zittend ziekenvervoer wilt, dan moet je kiezen voor een taxivervoerder waarmee Salland Zorgverzekeringen een overeenkomst heeft.

Wat is de eerste dag van je vervoer?

Met welke vervoersmiddelen kan je reizen?	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Normale taxi	Rolstoeltaxi
---	---------------	------------------	--------------	--------------

Is een begeleider tijdens de reis medisch noodzakelijk?	Ja	Nee
---	----	-----

Vervoer bij intensieve kindzorg

Door wie wordt het kind begeleid?

Indien het vervoer niet gecombineerd kan worden, waarom niet?

Bestemming

Waar gaat het vervoer naar toe?

Bestemming 1

Naam behandelaar

Adres

Postcode

Plaats

Hoe vaak per maand?

Bestemming 2

Naam behandelaar

Adres

Postcode

Plaats

Hoe vaak per maand?

Bestemming 3

Naam behandelaar

Adres

Postcode

Plaats

Hoe vaak per maand?

Verklaring en ondertekening aanvrager

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam verzekerde

Plaats

Datum

Handtekening
verzekerde

Verklaring en ondertekening behandelend arts

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 voor het linkeroog:

Als de patiënt slecht kan zien, wat is de visusmeting voor het rechteroog:

Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens van de verzekerde. AGB-code/stempel of BIG-inschrijfnummer/stempel:

Handtekening

Opsturen

Dit formulier opsturen naar:

HollandZorg
Afdeling declaratie-vervoer
Antwoordnummer 30
7400 VB Deventer

E-mail: toestemming@hollandzorg.nl