

## Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

### Eigen vervoer en openbaar vervoer

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer (eigen vervoer en openbaar vervoer) aanvragen. Hiervoor heeft u toestemming nodig van De Amersfoortse.

De arts of specialist die u behandelt moet deel 1 invullen en ondertekenen. Vul vervolgens zelf deel 2 in, onderteken het formulier en stuur het formulier terug naar De Amersfoortse:

De Amersfoortse  
t. a. v. Afdeling Ziektekosten Claimbehandeling  
Postbus 2072  
3500 HB Utrecht

E-mail: [Zorg.medisch@amersfoortse.nl](mailto:Zorg.medisch@amersfoortse.nl)

### Taxivervoer

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer, kunt u dit laten regelen door het vervoersbedrijf Transvision. Met dit bedrijf hebben wij een contract en de kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks door Transvision bij ons gedeclareerd.

U kunt Transvision bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30 (15 cent per minuut). Vraagt u voor de eerste keer taxivervoer bij Transvision aan? Kies dan optie 1 in het telefonische keuzemenu.

Transvision regelt verder alles met u en dit is dus de snelste manier om taxivervoer te regelen. U hoeft hiervoor geen contact met De Amersfoortse op te nemen.

Kiest u er toch voor om eerst het taxivervoer bij ons aan te vragen? Laat uw huisarts of behandelend specialist dan deel 1 van dit formulier invullen en ondertekenen en vul zelf deel 2 in.

Let op: door onze tussenkomst duurt het langer voordat u toestemming heeft. Uiteraard doen wij ons best om u zo snel mogelijk uitsluitel te geven.

**ALLEEN EEN VOLLEDIG INGEVULD EN ONDERTEKEND FORMULIER WORDT IN BEHANDELING GENOMEN.**

Dit is de  1e aanvraag  
 verlenging (invullen wat van toepassing is)

### Gegevens aanvrager (verzekerde)

Relatienummer: \_\_\_\_\_  
Naam: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Burgerservicenummer: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode / Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Deel 1 moet ingevuld worden door de arts / specialist

Deel 2 moet ingevuld worden door de verzekerde

## 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: \_\_\_\_\_

Ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

- 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 gezichtsvermogen, wat is de diagnose? \_\_\_\_\_

Intensieve kindzorg (kopie indicatiestelling bijvoegen)

Hardheidsclausule

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)

Naam instelling/zorgverlener/ \_\_\_\_\_

ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Plaats : \_\_\_\_\_

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 huisarts/specialist: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

AGB-code (huisarts/specialist): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Stempel instelling/zorgverlener:

## Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1 Voor welke behandeling/controle 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 naar de behandeling

plaatsvindt:

---

6 Kunt u reizen met het openbaar

vervoer (eventueel met begeleiding)?  ja  nee Zo nee, wat is de reden? \_\_\_\_\_

---

7 Gebruikt u bij het voortbewegen

permanent een loophulpmiddel?

ja  nee

Rollator of Looprek

Krukken / drie- of vierpoot

Anders: \_\_\_\_\_

8 Is uw maximale loopafstand

minder dan 400 meter?

ja  nee

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer vanuit de basisverzekering, kunt u ervoor kiezen dit te laten regelen door het door ons gecontracteerde vervoersbedrijf Transvision. De kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks bij ons gedeclareerd. Transvision is te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30 (15 cent per minuut).

### Ondertekening

Door ondertekening en invulling geeft u De Amersfoortse toestemming (indien nodig) aanvullende informatie op te vragen bij de behandelaar.

De aanvragen voor taxivervoer vanuit de basisverzekering worden beoordeeld door Transvision B.V.

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_