

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

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.

Kies je niet voor Transvision? Laat uw huisarts of behandelend specialist dan deel 1 van dit formulier invullen en ondertekenen en vul zelf deel 2 in.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer vanuit de aanvullende verzekering, dan kan Transvision geen taxivervoer voor u regelen.

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

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Relatienummer: _____
Naam: _____
Geboortedatum: _____

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: _____

AGB-code (huisarts/specialist): _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1 Voor welke behandeling/controlen 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 Reist u minstens drie achtereenvolgende dagen naar een zorgverlener?

Zo ja, wilt u gebruik maken van vergoeding van logeerkosten van maximaal € 75,- per nacht?

Ja, ik verblijf in totaal _____ nachten tijdens de gehele behandeling

Nee

Ondertekening

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

Datum: _____ Handtekening: _____