

Care4Life
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer

Toelichting

Met dit formulier kunt u om toestemming vragen voor zittend ziekenvervoer.

1e aanvraag

Kruis hiernaast aan of het om een eerste aanvraag of een verlenging gaat.

verlengingsaanvraag

Vul zelf uw persoonsgegevens in en laat vervolgens uw huisarts of medisch specialist zijn/haar onderdeel invullen.

Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van u en uw huisarts of medisch specialist erop staan. Wij nemen namelijk alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling. Stuur het formulier naar ons.

U krijgt daarna van ons schriftelijk een goedkeuring of afwijzing. Het adres vindt u boven- en onderaan dit formulier.

Persoonsgegevens (in te vullen door verzekerde)

Naam: _____ Voorletter(s): _____ Tussenvoegsel(s): _____
 Adres: _____ Huisnummer: _____ Toevoeging: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Polisnummer: _____ Geboortedatum: _____ Burgerservicenummer: _____
 Telefoonnummer: _____ E-mailadres: _____

Vraag 1 t/m 8 dienen ingevuld te worden door huisarts of medisch specialist

1 Kruis hieronder aan wat van toepassing is:

- A. Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- B. Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie ondergaan
- C. Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
 Wat is de maximale loopafstand (met loophulpmiddel)? ___ ___ ___ meter
 Is de rolstoelafhankelijkheid blijvend? Ja Nee, de rolstoelafhankelijkheid duurt naar schatting ___ ___ ___ maanden
- D. Verzekerde is visueel beperkt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen:
 Is het gezichtsveld < 20 graden? Ja Nee. De visusmeting is: Rechteroog: ___ ___ Linkeroog: ___ ___
- E. Verzekerde heeft vervoer nodig naar een verpleegkundig kinderdagverblijf
- F. Verzekerde heeft vervoer nodig in verband met geriatrische revalidatie
- G. Verzekerde heeft vervoer nodig in verband met geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)
- H. Hardheidsclausule; de verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week / maand behandeld worden:

	Bestemming 1	Bestemming 2	Bestemming 3
Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:	___ ___	___ ___	___ ___
Aantal kilometers van huis naar behandeladres, enkele reis:	___ ___ ___	___ ___ ___	___ ___ ___
Gemiddeld aantal dagen dat verzekerde vervoer nodig heeft, vanwege de behandeling:	___ ___ per week ___ ___ per maand	___ ___ per week ___ ___ per maand	___ ___ per week ___ ___ per maand

U bent orgaandonor en wilt aanspraak maken op vergoeding van uw reiskosten.

2 a Waarom heeft de verzekerde vervoer nodig? Wat is de medische indicatie?

2 b Welke behandeling heeft de verzekerde nodig? Of gaat het om een controleafspraak?

3 a Naar welke instelling of behandelaar moet de verzekerde vervoerd worden?

Vul hier naam, adres, postcode en vestigingsplaats van de instelling(en) in:

3 b Is er sprake van vervoer van kinderen naar een (deeltijd)behandeling gecombineerd met schoolbezoek?

Ja	Nee	Zo ja, wilt u dan onderstaande tabel invullen?				
		Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Reguliere schooltijden						
Behandeltijden						
Behandeltijden						
Behandeltijden						

Bestaat er aanspraak op leerlingenvervoer? Ja Nee

Zo nee, waarom bestaat er geen aanspraak op leerlingenvervoer?

4 Wat is de vermoedelijke behandelperiode? Startdatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __ Einddatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

5 Is de verzekerde in staat te reizen met eigen vervoer? Ja Nee

6 Is de verzekerde in staat te reizen met openbaar vervoer? Ja Nee

7 Kan de verzekerde uitsluitende gebruik maken van taxivervoer? Ja Nee

Indien "ja", graag motiveren:

8 Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? Ja Nee

Naar waarheid ingevuld

Naam huisarts of medisch specialist:

Postcode: Woonplaats:

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

Datum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Handtekening en stempel huisarts of medisch specialist:

In te vullen door de verzekerde:

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde: Datum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Care4Life via:

- De online omgeving (Mijn Care4Life) uploaden
- Ons e-mailadres: mg@aevitae.com
- Ons postadres: Care4Life
Postbus 2705
6401 DE HEERLEN

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt Care4Life of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt schriftelijk een machtiging of afwijzing. Care4Life behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan worden tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.