Salland Zorgverzekeringen

Aanvraagformulier Ziekenvervoer

Salland Zorgverzekeringen
Antwoordnummer 30
7400 VB Deventer

Contact: www.salland.nl of bel (0570) 68 74 84, op werkdagen te bereiken van 8.00 tot 18.00 uur.

Aanvrager

Naam verzekerde:

Adres:

Postcode / woonplaats:

BSN: Geboortedatum:

Telefoonnummer thuis: Telefoonnummer werk:

E-mail: Telefoonnummer mobiel:

Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:

Naam zorgverlener of verpleeginstelling:

Adres: Postcode / woonplaats:

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@salland.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. Bent u aangewezen op geriatrische revalidatiezorg? ☐ ja ☐ nee

7. Bent u aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend? (zie ook de voorwaarden) ☐ ja ☐ nee

8. Wilt u gebruikmaken van de mogelijkheid om te overnachten? ☐ ja ☐ nee

In onze voorwaarden kunt u lezen wanneer u recht heeft op vergoeding van kosten van overnachting.

9. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 6 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?

10. 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@salland.nl

In te vullen door de arts die u behandelt

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