

1 Gegevens verzekerde

Achternaam	<input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Voorvoegsel(s)	<input type="text"/>	Voorletter(s)	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/> Toevoeging <input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Plaatsnaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekerdennr.	<input type="text"/>
Burgerservicnr.	<input type="text"/>	Telefoonnr.	<input type="text"/>
Het betreft een:	<input type="checkbox"/> eerste aanvraag <input type="checkbox"/> vervolgaanvraag	Vanaf welke datum vindt het vervoer plaats?	<input type="text"/>

2 Categorie patiënten (► In te vullen door uw (behandelend) arts; aankruisen wat van toepassing is)

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet chemotherapie en/of radiotherapie ondergaan in verband met oncologische behandeling
- Verzekerde is langer dan 5 maanden aangewezen op gebruik van rolstoel/scootmobiel, vanwege langdurige ziekte/aandoening
- Verzekerde is langer dan 5 maanden zodanig visueel beperkt dat hij/zij niet zonder begeleiding kan reizen
 - Gecorrigeerde visus rechts (OD):
 - Gecorrigeerde visus links (OS):
- Verzekerde is langdurig aangewezen op vervoer in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening
- Indien de verzekerde niet onder een van de categorieën valt betekent dit dat de verzekerde niet voor vergoeding van vervoerskosten in aanmerking komt. U hoeft het formulier niet verder in te vullen en naar ons toe te sturen.**

3 Indicatie en toelichting (► In te vullen door uw (behandelend) arts)

Is begeleiding medisch noodzakelijk? Ja Nee (► Voor kinderen tot 16 jaar is één begeleider altijd toegestaan)

Zo ja, waarom?

4 Ondertekening (► In te vullen door uw (behandelend) arts)

Naam arts	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
Naamstempel	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>

(Ga door op achterzijde)

In te vullen door De Friesland

Toestaan ja, periode:
 nee, reden:

Categorie nierdialyse oncologie rolstoel visueel HHC

Soort vervoer openbaar vervoer eigen vervoer taxi

Machtigingsnummer

5 Aanvullende vragen (► De vragen 5 t/m 8 moeten volledig ingevuld en ondertekend worden door de verzekerde)

Naar welke zorgverlener/ziekenhuis moet het vervoer plaatsvinden? Vul hiervoor het onderstaande schema in.

Naam zorgverlener/ziekenhuis	Gedurende welke periode moet u worden behandeld?	Hoe vaak moet u worden behandeld?	Wat is de enkele reisafstand van uw woon- of verblijfadres naar zorgverlener/ziekenhuis?
		_____ x per week _____ x per maand _____ x per jaar	
		_____ x per week _____ x per maand _____ x per jaar	
		_____ x per week _____ x per maand _____ x per jaar	

- A. Kunt u zich buiten uw woning lopend verplaatsen?
B. Zo ja, welke afstand kunt u maximaal lopen?
Zo nee, waarom niet?
C. Gebruikt u buiten bij het lopen altijd een hulpmiddel?
D. Welk hulpmiddel gebruikt u?
E. Hoe gebruikt u het hulpmiddel?
F. Heeft het vervoer betrekking op weekend- of proefverlof?
G. Zijn de vervoerskosten ontstaan als gevolg van een ongeval?

- Ja Nee
 Minder dan 100 meter Meer dan 100 meter

 Ja Nee
 Stok/krukken Rollator/looprek Scootmobiel Rolstoel
 Permanent Tijdelijk, namelijk _____ maanden
 Ja Nee
 Ja Nee

6 GGZ-behandeling

Indien verzekerde jonger is dan 16 jaar, dan verslag bijvoegen van de behandelend arts met de behandeldoelen en behandeltermijn.

- A. Is er sprake van psychiatrische deeltijdbehandeling? Ja Nee, ga door naar vraag 7
B. Zo ja, wordt de psychiatrische deeltijdbehandeling gecombineerd met een andere therapie of activiteit op dezelfde dag? Ja Nee
C. Zo ja, met welke therapie of activiteit?
 activiteitenbegeleiding
 muziektherapie
 creatieve therapie
 dagbestedings-/werkprojecten
 school
D. Indien sprake van therapie of activiteit, hoeveel dagdelen per week? Ma: Di: Wo: Do: Vr: *

*Aantal dagdelen invullen: 1 of 2

7 Vervoer

- A. Bent u in staat te reizen met het openbaar vervoer?
Zo nee, waarom niet (medische reden):
B. Hebt u de mogelijkheid om met eigen vervoer te reizen, eventueel met begeleiding?
Zo nee, waarom niet (medische reden):
C. Kunt u voor vervoer gebruikmaken van hulp uit uw directe omgeving, zoals burens, familie, vrienden?
Zo nee, waarom niet?

- Ja Nee

 Ja Nee

 Ja Nee

8 Ondertekening

Verzekerde/gemachtigde verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord. Hij/zij machtigt hierbij de adviserend geneeskundige van De Friesland alle inlichtingen in te winnen die voor de toekenning van vervoerskostenvergoeding noodzakelijk zijn. De Friesland behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed op basis van door of namens u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens zullen wij overgaan tot terugvordering van onterecht betaalde vergoedingen.

Hebt u alle vragen volledig ingevuld? Dan kunt u het formulier ondertekenen en opsturen naar De Friesland Zorgverzekeraar, t.a.v. Team Hulpmiddelen en Vervoer, postbus 270, 8901 BB Leeuwarden. Niet volledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

Datum

Naam aanvrager

Handtekening