

Aanvrager

Naam verzekerde:	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/>		
Postcode / woonplaats:	<input type="text"/>		
BSN:	<input type="text"/>	Geboortedatum:	<input type="text"/>
Telefoonnummer thuis:	<input type="text"/>	Telefoonnummer werk:	<input type="text"/>

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

Verpleegadres of naam verpleeginstelling:	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/>	Postcode / woonplaats:	<input type="text"/>

Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan Salland. Met deze aanvraag kan Salland 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 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stuur het volledig ingevulde formulier naar Salland.

Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.

U ontvangt per post een akkoordverklaring van Salland en indien nodig een apart declaratieformulier. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van Salland.

Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u aan Salland door te geven zoals een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. Salland 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) of chemotherapie

Krijgt u een bestraling of chemotherapie voor een kwaadaardige ziekte?

ja nee

Wat is de begindatum van uw bestraling 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. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Wordt u behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

ja nee

Welke ziekte of aandoening hebt u?

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?

6. 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

Krijgt u een akkoordverklaring van Salland en wilt u een volledige vergoeding voor zittend ziekenvervoer?

Dan moet u kiezen voor een taxivervoerder waarmee Salland een overeenkomst heeft.

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk).

Hoe vaak per maand?

1.

2.

3.

Salland gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde:

Datum:

Plaats:

Handtekening verzekerde:

Dit formulier opsturen naar: Salland verzekeringen
afdeling VA-vervoer
Postbus 166
7400 AD Deventer

Door de arts die u behandelt in te vullen

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