

# Aanvraagformulier behandeling buitenland

Vul dit formulier in en stuur het op naar Anderzorg. Ons adres is: Postbus 1177, 7500 BD ENSCHEDE.

**Let op: het formulier dient volledig en naar waarheid te worden ingevuld.**

**Niet volledig ingevulde en niet ondertekende aanvragen worden niet in behandeling genomen.**

- Wilt u de volgende bijlagen meesturen:**
1. verwijzing/gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts in Nederland;
  2. behandelplan met prijsopgave van de aangevraagde behandeling;
  3. gegevens van eerdere behandelingen voor deze ziekte/aandoening.

## Algemene gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam \_\_\_\_\_ M\* V\*

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Verzekerdnummer \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

Omschrijving aandoening/klachten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke medische behandeling gaat er plaatsvinden en waarom?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is er sprake van ziekenhuisopname?\*  Ja  Nee

## Algemene gegevens huisarts

Voorletter(s) en achternaam \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

Bent u door uw huisarts doorverwezen naar de specialist in het buitenland?\*  Ja  Nee

## Gegevens Nederland

Naam behandelend specialist \_\_\_\_\_

Soort specialisme \_\_\_\_\_

Naam ziekenhuis \_\_\_\_\_

Bent u door deze specialist doorverwezen naar de specialist in het buitenland?\*  Ja  Nee

\* Aankruisen wat van toepassing is

## Gegevens buitenland

Naam behandelend specialist \_\_\_\_\_  
Soort specialisme \_\_\_\_\_  
Naam ziekenhuis \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_

## Slotverklaring

De verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door de zorgverzekeraar in overeenstemming met de wet op zorgvuldige wijze verwerkt. Door ondertekening van dit aanvraagformulier geeft u tevens toestemming aan de zorgverzekeraar om rechtstreeks nadere informatie op te vragen bij uw huisarts of behandelend specialist.

## Ondertekening

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld.

Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_