

# Aanvraagformulier vergoeding zittend ziekenvervoer

U kunt het volledig ingevulde formulier opsturen naar Anderzorg, Postbus 1177, 7500 BD te ENSCHEDE  
of mailen naar [machtigingen.vervoer@anderzorg.nl](mailto:machtigingen.vervoer@anderzorg.nl)

## Toelichting

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer aanvragen. Als u hiervoor in aanmerking wilt komen, moet u vooraf toestemming vragen aan ons. De huisarts of behandelend arts moet punt 2 van dit formulier invullen en ondertekenen. De overige punten vult u zelf in. Onderteken daarna het formulier en stuur het op naar ons. Wij beoordelen aan de hand hiervan of u voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking komt en op welke vorm van vervoer. U ontvangt schriftelijk bericht of uw zittend ziekenvervoer wel of niet vergoed wordt.

**Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen in behandeling worden genomen.**

Eerste aanvraag  Vervolg aanvraag\*

## 1. Gegevens klant

Voorletter(s) en achternaam

Verzekernummer

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Woont u (tijdelijk) in een verpleeg- of verzorgingshuis?  Ja  Nee\*

## 2. Medische verklaring van de arts

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan in ziekenhuis of dialysecentrum

Verzekerde moet oncologische behandeling met chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie ondergaan  
-welk geneesmiddel krijgt verzekerde toegediend indien sprake is van chemotherapie?

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer (permanent rolstoelgebonden)

Verzekerde is zeer slechtiend en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen  
- gecorrigeerde visus rechts (OD)

- gecorrigeerde visus links (OS)

Er is sprake van geriatrische revalidatiezorg

Er is sprake van intensieve kindzorg

Verzekerde valt onder de categorie geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) en heeft vervoer nodig van en naar dagbehandelingen die in een groep worden verleend en die onderdeel zijn van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Verzekerde is langdurig en/of frequent aangewezen op vervoer als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening en doet een beroep op de zogenaamde hardheidsclausule.  
- Aantal maanden dat de behandeling gaat duren

- Aantal dagen per week dat verzekerde voor de behandeling moet reizen

- Is er sprake van een klinische opname doordeweeks?  Ja  Nee\*

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding)

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Is voor het vervoer van verzekerde begeleiding medisch noodzakelijk?  Ja  Nee\*

(N.B. Begeleiding van kinderen tot 16 jaar is altijd toegestaan)

Heeft de aanvraag betrekking op vervoer in verband met een inwendige orgaantransplantatie?  Ja  Nee\*

Zo ja, welk orgaan betreft het en op welke datum wordt de transplantatie uitgevoerd?

Naam arts  Woonplaats

AGB-code (huisarts/medisch specialist)

Datum

Handtekening arts:

Stempel arts:

### 3. Verklaring van de verzekerde

- Naar welke zorgverlener/zorginstelling of ziekenhuis moet het vervoer plaatsvinden?

Zorgverlener	Postcode zorgverlener/ zorginstelling/ziekenhuis	1e Behandeldatum	Behandelperiode	Behandelfrequentie	Reisafstand*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> x per week	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> x per week	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> km
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> weken	<input type="text"/> <input type="text"/> x per week	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> km

\* Anderzorg baseert de afstand voor het berekenen van de vergoeding op basis van de snelste route volgens de ANWB routeplanner  
[www.anwb.nl/verkeer/routeplanner](http://www.anwb.nl/verkeer/routeplanner)

Let op: Duurt uw therapie of dagbehandeling in een ziekenhuis of behandelcentrum minimaal 3 aaneengesloten dagen en heeft u toestemming voor vervoer? Dan kunt u in plaats van de vergoeding voor zittend ziekenvervoer gebruik maken van de logeervergoeding [www.anderzorg.nl/vergoedingen/z/zittend-ziekenvervoer](http://www.anderzorg.nl/vergoedingen/z/zittend-ziekenvervoer)

- Kunt u traplopen?  Ja  Nee\*
- Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel?  
 rollator  looprek  krukken  drie-/vierpoot  anders
- Gebruikt u bij het voortbewegen één van onderstaande middelen?  
 rolstoel  elektrische rolstoel  scootmobiel  aangepaste auto  anders
- Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO / WLZ of verklaring (permanent) rolstoelgebruik (huis)arts. mee.
- Is uw maximale loopafstand minder dan 400 meter?  Ja  Nee\*
- Is er sprake van een verstandelijke handicap of ernstig psychiatrisch toestandsbeeld?  Ja  Nee\*
- Is sprake van vervoer naar psychiatrische deeltijdbehandeling?  Ja  Nee\*
- Zo ja, van welke vorm(en) van geneeskundige GGZ behandeling is er sprake?
- Bent u voor deze GGZ behandeling doorverwezen?  Ja  Nee\*
- Zo ja, door wie bent u doorverwezen?
- Zo ja, waarom bent u naar deze GGZ zorgverlener/instelling doorverwezen?
- Kunt u reizen met openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)?  Ja  Nee\*
- Zo nee, vult u hier dan de reden in
- Kunt u reizen met eigen vervoer (eventueel met begeleiding)?  Ja  Nee\*
- Zo nee, vult u hier dan de reden in
- Kunt u uitsluitend gebruik maken van (rolstoel)taxivervoer (eventueel met begeleiding)?  Ja  Nee\*
- Zo ja, vult u hier dan de reden in

### 4. Ondertekening

Verzekerde verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord. Als u voor vergoeding van zittend ziekenvervoer in aanmerking komt op grond van onjuiste en/of onvolledig door of namens u verstrekte gegevens, zullen wij de vergoeding(en) terugvorderen. Anderzorg behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren.

**Onvolledig ingevulde aanvraagformulieren kunnen wij NIET in behandeling nemen en worden teruggestuurd.**

Verzekerde machtigt de adviserende geneeskundige van Anderzorg om informatie in te winnen die voor de toekenning van deze vervoerskostenvergoeding nodig zijn.  Ja  Nee\*

Verzekerde machtigt Anderzorg om zijn/haar gegevens\* van de toegekende machtiging te communiceren aan de door Anderzorg gecontracteerde vervoerder(s)  Ja  Nee\*

**Belangrijk!** Als u deze vraag met 'ja' beantwoordt, kunnen uw ritten snel en makkelijk geboekt worden. Als u deze vraag met 'nee' beantwoordt stuurt u **zelf** de toestemmingsbrief aan onze gecontracteerde vervoerder. Na ontvangst van deze toestemmingsbrief kan uw vervoer ingepland worden.

\* Verzekerdnummer, machtigingsnummer, NAW gegevens, Postcode bestemming, soort vervoer, periode toestemming.

Aldus naar waarheid ingevuld:

Naam verzekerde  Datum         Plaats

Handtekening verzekerde

Anderzorg gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

### 5. Informatie

Informatie over de vergoeding(en) en eigen bijdrage kunt u vinden op [www.anderzorg.nl](http://www.anderzorg.nl) en in de verzekeringsvoorwaarden. Voor meer informatie over het onderwerp zittend ziekenvervoer kunt u terecht op onze website: [www.anderzorg.nl](http://www.anderzorg.nl) of u kunt bellen met onze klantenservice telefoonnummer 088 - 222 44 22.

\* Aankruisen wat van toepassing is