



## Aanvraagformulier vergoeding zittend ziekenvervoer

### 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 \_\_\_\_\_ M\* V\*  
Verzekernummer \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_  
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 of radiotherapie 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 slechtziend en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen  
- gecorrigeerde visus rechts (OD) \_\_\_\_\_  
- gecorrigeerde visus links (OS) \_\_\_\_\_  
\_\_\_ 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	Plaats	1e Behandeldatum	Behandelperiode	Behandelfrequentie	Reisafstand
_____	_____	_____	___ weken	___ x per week	___ km
_____	_____	_____	___ weken	___ x per week	___ km
_____	_____	_____	___ weken	___ x per week	___ km

- Kunt u traplopen?  Ja  Nee\*

- Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel?  Ja  Nee\*

rollator  looprek  krukken  drie-/vierpoot  anders \_\_\_\_\_

- Gebruikt u bij het voortbewegen één van onderstaande middelen?  Ja  Nee\*

rolstoel  elektrische rolstoel  scootmobiel  aangepaste auto  anders \_\_\_\_\_

Zo ja, stuur een kopie van de beschikking WMO [Wettelijk Maatschappelijke Ondersteuning] 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. Menzis 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 Menzis om informatie in te winnen die voor de toekenning van deze vervoerskostenvergoeding nodig zijn.  Ja  Nee\*

Aldus naar waarheid ingevuld:

Naam verzekerde \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_ Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_

**Menzis gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.** \_\_\_\_\_

### 5. Informatie

Voor zittend ziekenvervoer geldt een **wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar**. Deze wordt elk jaar opnieuw vastgesteld. Voor de inning van de eigen bijdrage ontvangt u een acceptgirokaart. Of Menzis verrekent deze met eventueel door u ingediende declaraties.

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar Menzis, postbus 75000, 7500 KC te Enschede of mailen naar [machtigingen.vervoer@menzis.nl](mailto:machtigingen.vervoer@menzis.nl).

Voor meer informatie over het onderwerp zittend ziekenvervoer kunt u terecht op onze website: [www.menzis.nl](http://www.menzis.nl) of u kunt bellen met onze klantenservice telefoonnummer 088 222 40 40.

\* Aankruisen wat van toepassing is