

## Aanvraag voor Ziekenvervoer

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan DSW Zorgverzekeraar. Onvolledige aanvragen of aanvragen die niet zijn ingevuld door uw arts/specialist worden niet in behandeling genomen.

Handtekening/stempel arts/specialist

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Polisnummer : \_\_\_\_\_ BSN-nummer : \_\_\_\_\_

### Aanvraag vervoer

Het aanvragen van zittend ziekenvervoer naar een instelling of zorgverlener is alleen van toepassing als er sprake is van een medische behandeling, welke plaatsvindt in een (Nederlands) ziekenhuis of behandelcentrum.

Vergoeding vindt plaats op grond van de Zorgverzekeringswet.

Vervoer van huis/naam locatie : \_\_\_\_\_ Naar naam locatie : \_\_\_\_\_

Postcode en huisnummer van : \_\_\_\_\_ Postcode en huisnummer locatie : \_\_\_\_\_

Ingangsdatum vervoer : \_\_\_\_\_ Einddatum : \_\_\_\_\_

Berekende afstand in kilometers enkele reis volgens de snelste route, géén rekening houdend met het actuele verkeer, met behulp van de route diensten van Google : \_\_\_\_\_

Aantal keren dat u vervoerd moet worden

Aantal keer per week : \_\_\_\_\_ Aantal keer per maand : \_\_\_\_\_ Totaal aantal keer : \_\_\_\_\_

Verblijft u in een Wlz-instelling?  Ja  Nee Zo ja, naam instelling : \_\_\_\_\_

Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?  Ja  Nee

### Soort vervoer

Openbaar vervoer  Eigen vervoer  Taxi  Rolstoeltaxi

### Vergoeding van kosten van verzekerde bij:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> consulten, (na)controles en onderzoek bij nierdialyses | <input type="checkbox"/> hardheidsclausule:                              |
| <input type="checkbox"/> primaire behandeling bij oncologische aandoeningen*    | periode : _____ maanden  |
| <input type="checkbox"/> jonger dan 18 jaar **                                  | frequentie : _____ per week  |
| <input type="checkbox"/> blindheid***   | reisafstand in km : _____ enkele reis (conform snelste route)            |
| <input type="checkbox"/> slechtziendheid***: visus _____%****                   | (voorwaarden hardheidsclausule staan in de folder zittend ziekenvervoer) |
| <input type="checkbox"/> Volledige rolstoel gebondenheid *****                  |  |

\* Hieronder vallen consulten, nacontroles, bloedonderzoek en/of ander onderzoek van oncologische behandelingen (chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie)

\*\* Er is sprake van een complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij er verpleging en verzorging noodzakelijk is en sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

\*\*\* Waardoor de verzekerde niet zonder begeleiding kan reizen.

\*\*\*\* Visus die niet corrigeerbaar is met lenzen of een bril.

\*\*\*\*\* Verzekerden die zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen

### Medische verklaring en toelichting voor aanvraag vanuit arts/specialist (verplicht invullen)

---

---

---

---

---