Specificatieformulier zittend ziekenvervoer

DSW zorgverzekeraar

Handtekening verzekeringnemer:

Datum:

Naam verzekerde:

Geboortedatum:

Verzekerdennummer:

Voor een snelle afhandeling dient u het volgende mee te sturen:

- een verklaring van het ziekenhuis/instelling waarop de data van uw afspraken vermeld staan
- nota van de taxivervoerder (als u met de taxi gaat)
- treinkaarten/uitdraai OV-chipkaart (als u met het openbaar vervoer gaat)

Let op: Voor vergoeding van vervoerskosten moet u eerst een machtiging aanvragen. Vraag deze machtiging aan vóór u zittend ziekenvervoer nodig hebt.

Retour	Vervoerdatum	Postcode/huisnummer vertrekadres	Postcode/huisnummer bestemming	Code vervoer*	Eigen vervoer Aantal km Enkele reis	OV/taxivervoer Bedrag enkele reis
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€

** Code vervoer: vul één van onderstaande codes in. De code die voor u van toepassing is, is te vinden op de machtiging die u van ons hebt ontvangen. Eén regel per datum.*

Omschrijving:	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Taxivervoer	Taxivervoer met rolstoel
Nierdialyse	160	130	10	40
Chemo-, immuno- en/of radiotherapie	161	131	11	41
Rolstoelgebruiker	162	132	12	42
Blijvend blind/slechtziend	163	133	13	43
Hardheidsclausule	164	134	18	48
Intensieve kindzorg	204	203	200	202
Vervoer vanuit de aanvullende verz.	990	N.v.t.	19	N.v.t.