



Medische verklaring ziekenvervoer

Deze verklaring dient ingevuld te worden door uw huisarts of specialist en daarna geüpload worden bij het online digitaal "aanvraagformulier ziekenvervoer"

1. Gegevens verzekerde

Voorletter(s) en achternaam

Geboortedatum

Verzekerdenummer

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

2. Verzekerde is aangewezen op vervoer i.v.m.:

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan;

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie;

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

Het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen

- gecorrigeerde visus rechts (OD)

- gecorrigeerde visus links (OS)

Geriatrische revalidatiezorg;

Verzekerde is jonger dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg)

Verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking (GZSP)

Verzekerde is langdurig en/of frequent aangewezen op vervoer in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en is langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

- Aantal maanden dat de behandeling gaat duren

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

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

Inwendige Orgaantransplantatie (het vervoer van de ontvanger in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg)

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

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

3. Ondertekening

Naam arts:

woonplaats

AGB code (huisarts/ medisch specialist)

Datum

- -

Handtekening arts

* Aankruisen wat van toepassing is.