

## Aanvraagformulier Hulpmiddelen/Paramedische zorg/Vervoer/Overig

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Polisnummer: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
BSN: \_\_\_\_\_

### Hulpmiddelen

Welk hulpmiddel vraagt u aan \_\_\_\_\_

Let op, stuurt u bij de aanvraag van een aangepaste stoel ook het rapport van de ergotherapeut mee.

Medische indicatie \_\_\_\_\_

Hoe lang moet het hulpmiddel worden gebruikt \_\_\_\_\_

Eerste aanschaf \_\_\_\_\_

Ja  Nee, datum laatste verstrekking \_\_\_\_\_

Maakt verzekerde gebruik van de uitleenservice van de thuiszorg \_\_\_\_\_

Nee  Ja, wat is de huurperiode \_\_\_\_\_

### Paramedische zorg

Welke zorg vraagt u aan \_\_\_\_\_

Fysiotherapie  Oefentherapie  Logopedie  Ergotherapie

Medische indicatie \_\_\_\_\_

Let op, bij een indicatie die valt onder Bijlage I van het Besluit Zorgverzekering\* is een verwijzing van medisch specialist of verpleeghuisarts nodig.

Diagnosecode \_\_\_\_\_

Start van de behandeling \_\_\_\_\_

Duur en frequentie \_\_\_\_\_

Behandeling aan huis \_\_\_\_\_

Nee  Ja, de reden hiervoor is \_\_\_\_\_

### Vervoer

Waarvoor vraagt u het vervoer aan \_\_\_\_\_

- er is sprake van nierdialyse;
- er is sprake van een oncologische behandelingen met chemo- of radiotherapie;
- de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer;
- verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen;
- hardheidsclausule\*
- andere indicaties, namelijk \_\_\_\_\_

Naar welke zorgverlener \_\_\_\_\_

Voor welke periode \_\_\_\_\_

Frequentie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x per week, \_\_\_\_\_ x per maand

Soort vervoermiddel \_\_\_\_\_

- eigen vervoer
- taxivervoer (aanvragen via Transvision\*)
- openbaar vervoer

#### \* zie achterzijde

Soms hebben wij voor de beoordeling van uw aanvraag meer informatie nodig. Wij sturen u dan zo snel mogelijk een brief met welke aanvullende gegevens wij nodig hebben.

---

**Overig**

Aan te vragen hulp \_\_\_\_\_

Medische indicatie of motivatie (als u meerdere \_\_\_\_\_  
vormen van hulp aanvraagt, wilt u dan elke vorm \_\_\_\_\_  
apart motiveren?)

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Naam (stempel) arts of specialist \_\_\_\_\_

---

### **Invullen van het aanvraagformulier**

De behandelend (verpleeg)huisarts of medisch specialist moet het formulier naar waarheid invullen en ondertekenen.

Een volledig ingevuld formulier voorkomt vertraging.

Heeft u vragen over het invullen van dit formulier, dan kunt u ons bellen op telefoonnummer (033) 464 28 84.

### **Naar welk adres kunt u het aanvraagformulier sturen?**

Het aanvraagformulier kunt u sturen naar:

De Amersfoortse Verzekeringen

Afdeling Ziektekosten Claimbehandeling

Antwoordnummer 128

3800 VB Amersfoort

Het aanvraagformulier kunt u ook elektronisch aan ons opsturen via ons e-mailadres: [claim.ziektekosten.medisch@amersfoortse.nl](mailto:claim.ziektekosten.medisch@amersfoortse.nl). Wij behouden het recht het originele aanvraagformulier op te vragen.

### **Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering (fysiotherapie/oefentherapie)**

De Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering is te vinden op onze internetsite [www.amersfoortse.nl](http://www.amersfoortse.nl). Dit is een lijst met diagnoses. Als de diagnose van verzekerde op deze lijst staat, krijgt verzekerde de kosten van fysiotherapie vanaf de 21<sup>ste</sup> behandeling op de Basisverzekering vergoed. Afhankelijk van de diagnose heeft verzekerde gedurende 3, 6, 12, 24 maanden of onbeperkt recht op vergoeding van fysiotherapie op de Basisverzekering.

### **Hardheidsclausule (ziekenvervoer)**

Verzekerde moet langer dan vijf maanden, minimaal twee keer per week een behandeling ondergaan. Dit moet een gevolg zijn van een langdurige ziekte of aandoening. De reisafstand moet groter zijn dan 25 kilometer enkele reis of de reis moet langer duren dan 1 uur enkele autoreistijd. Uit de aanvraag moet blijken of verzekerde hier aan voldoet.

### **Transvision (ziekenvervoer)**

Om aanspraak te maken op taxivervoer moet verzekerde bellen met Transvision. Transvision bepaalt namens De Amersfoortse of verzekerde recht heeft op vergoeding van taxivervoer. In overleg met Transvision moet verzekerde het formulier faxen, sturen of afgeven aan de taxichauffeur tijdens de eerste rit. Het taxivervoer moet verzekerde aanvragen/bestellen door Transvision te bellen op telefoonnummer (0900) 33 33 33 0 (15 cent per minuut).

Afhankelijk van de (aanvullende) verzekering kan verzekerde het vervoer ook bestellen bij een vervoerder die niet is gecontracteerd door Transvision. In dit geval moet verzekerde de aanvraag vooraf aan De Amersfoortse sturen. De Amersfoortse bericht verzekerde dan of er recht bestaat op vergoeding en de hoogte daarvan.