

Met dit formulier kan vergoeding voor zittend ziekenvervoer aangevraagd worden ten laste van de Zorgverzekering. De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) nemen wij in behandeling.

### 1. Gegevens aanvrager (verzekerde)

Voor- en achternaam \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_ Huisnummer \_\_\_\_\_  
 Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_  
 Telefoonnummer \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

1e aanvraag       verlengingsaanvraag

### 2. Verklaring van de arts (deel 1, vragen 1 tot en met 4)

#### 1. Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën. Kruis aan wat van toepassing is:

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan.  
 Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan.  
 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.  
 Is er sprake is van verminderd gezichtsvermogen?       Ja       Nee  
 Zo ja, wat is de visusmeting?      Rechteroog \_\_\_\_\_ Linkeroog \_\_\_\_\_  
 Verzekerde moet een langere periode een aantal keer per week behandeld worden:  
 Aantal maanden dat de behandeling gaat duren: \_\_\_\_\_ maanden  
 Gemiddeld aantal dagen per maand dat de behandeling plaatsvindt: \_\_\_\_\_ dagen  
 (Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding).

#### 2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Omschrijving \_\_\_\_\_

Toelichting \_\_\_\_\_

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

#### 4. Einde verklaring van de arts. Aldus naar waarheid ingevuld.

Naam arts \_\_\_\_\_ AGB-code \_\_\_\_\_

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

Handtekening arts \_\_\_\_\_

### 3. Verklaring van de verzekerde (deel 2, vragen 5 tot en met 14)

#### 5. Voor welke behandeling / controle / diagnose is het vervoer noodzakelijk?

Omschrijving \_\_\_\_\_

**6. Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?**

Naam instelling/behandelaar \_\_\_\_\_

Naam instelling/behandelaar \_\_\_\_\_

**7. Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (maximaal 12)** \_\_\_\_\_ maanden

**8. Gemiddeld aantal dagen per week dat de behandeling plaatsvindt** \_\_\_\_\_ dagen

**9. Aantal kilometers van huis naar behandeladres (enkele reis)** \_\_\_\_\_ kilometers

**10. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?** Startdatum \_\_\_\_\_ Einddatum \_\_\_\_\_

**11. Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?**  Ja  Nee

**12. Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?**  Ja  Nee

**13. Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?**  Ja  Nee

Indien "Ja", graag uw motivatie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. Einde verklaring van de verzekerde.** Aldus naar waarheid ingevuld.

Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen of mailen naar uw zorgverzekeraar:

Nedasco B.V.  
T.a.v. team Medisch Advies  
Postbus 1815  
3800 BV Amersfoort

E-mail [zorgmachtigingen@nedasco.nl](mailto:zorgmachtigingen@nedasco.nl)

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt uw zorgverzekeraar of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt van uw zorgverzekeraar schriftelijk een machtiging of afwijzing.

Uw zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal uw zorgverzekeraar, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.