

Aanvraagformulier

voor verpleging en verzorging thuis 2019

Vult u dit formulier in als u verpleging en verzorging thuis nodig heeft.
Kijk op PNOzorg.nl voor meer informatie.

Heeft u een geldige CIZ -indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de Wet langdurige zorg?

- Ja; neem contact op met het Zorgkantoor. (www.zn.nl/zorgkantoren)
- Nee; het formulier vult u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de hbo-gediplomeerd

1 Gegevens verzekerde

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw BSN

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon privé

Telefoon mobiel

Relatienummer

E-mailadres

2 Gegevens indicierend hbo-gediplomeerd verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-register)

Telefoonnummer

E-mailadres

BIG-nummer

Niveau opleiding

Naam organisatie van indicierend hbo-gediplomeerd verpleegkundige

AGB-code organisatie van indicierend hbo-gediplomeerd verpleegkundige

Wilt u bij deze aanvraag een kopie van het diploma hbo Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van uw indicerende verpleegkundige toevoegen?

3 Wat is de reden van deze aanvraag?

- Het betreft een 1e aanvraag voor verpleging en verzorging thuis voor**
- kortdurende zorg (maximaal 2 maanden) bijv. na ziekenhuisopname
 - tijdelijke zorg (maximaal 6 maanden)
 - langdurige zorg (langer dan 6 maanden)
 - preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorg hebben
 - palliatieve terminale zorg
 - kindzorg*

- Het betreft een heraanvraag voor verpleging en verzorging thuis**
- omdat mijn zorgbehoefte en/of zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd
 - omdat mijn toestemming is verlopen en ik nog een geldig zorgplan heb
 - omdat mijn toestemming en zorgplan zijn verlopen

* de nieuwe prestatie 'Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar' kan in rekening gebracht worden voor kinderen die vanuit het zorgplan verpleging ontvangen. Als een kind vanuit het zorgplan alleen verzorging ontvangt, kan deze prestatie niet gebruikt worden. In die situatie wordt de geleverde verzorging via de prestatie 'persoonlijke verzorging' gedeclareerd.

4 Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week?

Verpleging (1002, 1003, 1004)

Begindatum (dd-mm-jjjj) ---
 Einddatum (dd-mm-jjjj) ---
 (uren/minuten per week) Uren Minuten

Verzorging (1000, 1001)

Begindatum (dd-mm-jjjj) ---
 Einddatum (dd-mm-jjjj) ---
 (uren/minuten per week) Uren Minuten

Advies, instructie en voorlichting (1005)

Begindatum (dd-mm-jjjj) ---
 Einddatum (dd-mm-jjjj) ---
 (uren/minuten per week) Uren Minuten

Kindzorg (1049)

Begindatum (dd-mm-jjjj) ---
 Einddatum (dd-mm-jjjj) ---
 (uren/minuten per week) Uren Minuten +

Indicatiestelling (totaal van bovenstaande)

Begindatum (dd-mm-jjjj) ---
 Einddatum (dd-mm-jjjj) ---
 (uren/minuten per week) Uren Minuten

Verblijf intensieve kindzorg en verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg

Begindatum (dd-mm-jjjj) ---
 Einddatum (dd-mm-jjjj) ---
 Dagen per week

Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren (etc) opgenomen, dan behoudt PNOzorg zich het recht voor om de toestemming (gedeeltelijk) niet af te geven. Wij geven maximaal voor 1 jaar toestemming. Heeft u nog een geldig zorgplan of indicatie? Dan dient u alleen een nieuwe aanvraag in bij ons.

5 Van wie krijgt u de zorg?

| Prestatiecode | Naam zorgaanbieder | Praktijk AGB-Code | Naam zorgverlener | Persoonlijke AGB-Code | Aantal in uren en minuten |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

6 Ondertekening verpleegkundige

Ik verklaar:

- dat de afgegeven indicatie voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- dat de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld waar verzekerde zelf bij was;
- dat er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie;
- dat bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- dat ik de medische diagnose gesteld door de huisarts / medisch specialist op papier heb gezien, of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts / medisch specialist, indien noodzakelijk;
- dat ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie). Indien noodzakelijk.

Datum

 - -

Handtekening

Naam

7 Ondertekening door verzekerde

Ik verklaar:

- dat de inhoud van het zorgplan met mij, in mijn eigen thuissituatie, is besproken;
- dat de verpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken;
- dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de toestemming uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan PNOzorg, in de vorm van een nieuwe aanvraag. Dat ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn toestemming en dat ik indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe toestemming aanvraag;
- dat ik er mee in stem dat PNOzorg contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz);
- dat ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan PNOzorg, indien PNOzorg daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor PNOzorg belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum

 - -

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

Naam verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

U dient de complete set voor uw aanvraag naar ons te sturen, bestaande uit:

- het aanvraagformulier;
- een kopie van het diploma hbo Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van de verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- een zorgplan (ondertekend door verpleegkundige en u), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging. (V&VN normen kader);
- kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing);
- het formulier (wettelijk) vertegenwoordiger.

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen. Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs. Maak een veilige kopie en dek uw burgerservicenummer (BSN) en pasfoto af.

In geval van verpleging en verzorging tot 18 jaar:

- diploma kinderverpleegkunde van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar PNOzorg) of de eventuele kinderaantekening.

In geval van palliatief terminale zorg:

- verklaring van een beperkte levensverwachting (minder dan 3 maanden) door de huisarts of specialist.

In geval van voorbehouden handeling(en):

- het uitvoeringsbeslag.

8 Contactgegevens

Het ingevulde formulier kunt u (laten) mailen naar verplegingenverzorging@pnozorg.nl of per post sturen naar:

PNOzorg
t.a.v. Zorgketen 1, team V&V
Postbus 459
3990 GG HOUTEN

De PNOzorg medewerker die uw aanvraag verwerkt staat onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, en heeft daardoor dezelfde geheimhoudingsplicht. De vertrouwelijkheid van uw gegevens is hiermee gegarandeerd. Hierover, en over andere privacyregels, kunt u meer lezen op de website van de risicodraagster onvz.nl/privacy

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met het Team verpleging en verzorging. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 62 62. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.pnozorg.nl.