

## Aanvraagformulier / Medische verklaring Zittend ziekenvervoer - Deel 1

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer aanvragen. Hiervoor heeft u toestemming nodig van PNOzorg. Uw huisarts of behandelend arts dient deel 1 van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vul overige punten zelf in en stuur het formulier terug naar PNOzorg, Postbus 463, 3990 GG Houten.

**Alleen een volledig ingevuld en ondertekend formulier wordt in behandeling genomen.**

Voorletters / achternaam aanvrager / verzekerde

geboortedatum

Postcode

Huisnummer

Woonplaats

### Deel 1: Verklaring van de arts

#### 1. Op de aanvrager/verzekerde is het volgende van toepassing:

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemo- / radio- / immunotherapie ondergaan. De verwachte behandelduur is:
- 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  
Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting en diagnose?  
Visus: Rechteroog:  Linkeroog:  Diagnose:
- Intensieve kindzorg
- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keer per week behandeld worden  
Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:   
Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer naar de behandeling plaatsvindt:   
(N.B. Definitieve vergoeding is mede afhankelijk van de duur, frequentie en afstand)

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

  

Eventuele toelichting:

  

#### 2. Is begeleiding van de aanvrager/verzekerde noodzakelijk?

Ja  Nee

(Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan)

#### Naar waarheid ingevuld

Naam arts

Postcode

Woonplaats

AGB-code (huisarts/specialist)

Datum

Handtekening en stempel arts

## Aanvraagformulier / Medische verklaring Zittend ziekenvervoer - Deel 2

### Deel 2: Verklaring van de aanvrager/verzekerde

1. Voor welke behandeling/controle en welke diagnose is het vervoer noodzakelijk?


2. Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling / behandelaar:	<input type="text"/>
Plaats instelling / behandelaar:	<input type="text"/>
Naam instelling / behandelaar:	<input type="text"/>
Plaats instelling / behandelaar:	<input type="text"/>
Naam instelling / behandelaar:	<input type="text"/>
Plaats instelling / behandelaar:	<input type="text"/>

3. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?      Startdatum:       Einddatum:

4. Hoeveel maanden (maximaal 12) vindt aaneengesloten behandeling plaats?

5. Hoeveel dagen per week vindt het vervoer voor behandeling gemiddeld plaats?

6. Kunt u reizen met eigen vervoer?       Ja       Nee

7. Hoeveel kilometers is een enkele reis van huis naar behandeladres (volgens [www.routenet.nl](http://www.routenet.nl))

8. Kunt u reizen met het openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)?       Ja       Nee

    Zo nee, wat is de reden?

9. Kunt u uitsluitend gebruikmaken van taxivervoer (eventueel met begeleiding)?       Ja       Nee

10. Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel?       Ja       Nee

rollator       looprek       krukken / drie- of vierpoot       anders, namelijk:

11. Is uw maximale loopafstand minder dan 400 meter?       Ja       Nee

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer, kunt u ervoor kiezen dit te laten regelen door het door ons gecontracteerde taxibedrijf Transvision. De kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks bij ons gedeclareerd. Transvision is te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30.

### De handtekening

Door ondertekening en invulling geeft u PNOzorg toestemming (indien nodig) aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar. De aanvragen voor taxivervoer worden beoordeeld door Transvision B.V..

Datum van ondertekening

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Handtekening aanvrager/verzekerde

--