

Aanvraagformulier

Medisch-specialistische revalidatie

Met dit aanvraagformulier kunt u VvAA zorgverzekering toestemming vragen voor revalidatie als onze verzekerde

- vanaf 1 januari 2019 voor het eerst medisch-specialistische revalidatie krijgt of als hij of zij een nieuwe indicatie krijgt, en
- als het gaat om interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (klasse 3 en klasse 4 zorgproducten), en
- onze verzekerde voor de revalidatie niet wordt opgenomen

Als in de intake fase blijkt dat interdisciplinaire medisch-specialistische behandeling niet nodig is, dan is toestemming van ons niet nodig. U hoeft dit formulier dan niet in te vullen.

In het eerste onderdeel kan onze verzekerde zelf zijn of haar eigen gegevens invullen. De rest van het formulier moet u, als revalidatiearts, invullen. Dat moet u wel volledig doen. Wij nemen alleen een volledig ingevuld formulier in behandeling.

Wacht u met de start van de behandeling totdat u of onze verzekerde van ons toestemming heeft gekregen. Zo voorkomt u dat onze verzekerde kosten voor eigen rekening krijgt, omdat wij (een deel van) de revalidatie niet vergoeden.

1. Gegevens van de verzekerde (in te vullen door verzekerde)

Voorletters en achternaam	<input type="text"/>
Postcode + huisnummer	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>
Relatie-/polisnummer	<input type="text"/>
Kenmerk	<input type="text"/>

2. Gegevens verwijzer

Naam verwijzer	<input type="text"/>
AGB-code	<input type="text"/>
Specialisme verwijzer	<input type="text"/>
Motivatie voor verwijzing naar de tweede lijn	<input type="text"/>

Let op: U moet (een kopie van) de verwijsbrief als bijlage meesturen.

3. Gegevens van de behandelaar

Naam behandelaar	<input type="text"/>
Specialisme	<input type="text"/>
Zorginstelling	<input type="text"/>
AGB-code	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Naam revalidatiearts waarbij een face-to-face intake heeft plaatsgevonden	<input type="text"/>

4. Diagnose

Voor welke diagnose vraagt u dit revalidatietraject aan?	<input type="text"/>
Als sprake is van pijnklachten, wat is dan de WPN classificatie?	<input type="text"/>
Wat zijn de beperkingen op activiteitsniveau?	<input type="text"/>
Wat zijn de beperkingen op participatieniveau?	<input type="text"/>
Wat is de hierbij behorende hulpvraag? Betrek in uw antwoord minimaal het somatische, ADL, maatschappelijk- en psychisch functioneren.	<input type="text"/>

5. Stepped care

Welke zorg, gericht op verbetering van de beperkingen, heeft al plaatsgevonden?	<input type="text"/>
Hoeveel uur zorg, gericht op verbetering van de beperkingen, heeft al plaatsgevonden?	<input type="text"/>
Wat waren de behandel-doelen?	<input type="text"/>

5. Stepped care (vervolg)

Welk resultaat heeft het bovenstaande gehad waardoor er gestart moet worden met medisch-specialistische revalidatiezorg?

Als er geen behandeling in de eerste lijn heeft plaatsgevonden, waarom was dit niet mogelijk?

6. Multidisciplinaire behandeling

Waarom is een multidisciplinaire aanpak de meest aangewezen en meest doelmatige behandeling voor deze verzekerde?

Welke disciplines zijn bij de behandeling betrokken?

Wat zijn de behandel-doelen?

Wat is de aanpak per betrokken discipline (inclusief toepasselijk KNGF richtlijn(en) en toepasselijke klinimetrie bij fysiotherapie)?

Wat zijn de voorgenomen interventies/behandel-modulen?

7. DBC-code

Verwachte DBC-code

990027

Openingsdatum DBC

Is de verwachting dat de behandeling binnen dit subtraject kan worden afgerond?

Ja

Nee

Zo nee, wat zijn dan de vervolg-DBC's?

8. Motivatie

Is de verzekerde op de hoogte van de volledige inhoud van het revalidatietraject en is hij/zij voldoende gemotiveerd en bereid tot het aangaan van dit traject?

Ja Nee

9. Privacy

Is de verzekerde op de hoogte van de ingezonden aanvraag en stemt hij/zij er mee in dat de medische informatie aan ons gestuurd wordt en dat wij hier zo nodig nog aanvullende vragen over kunnen stellen?

Ja Nee

10. Ondertekening

Naam arts

Datum

Plaats

Handtekening

U kunt dit formulier op de volgende manieren aan ons sturen:

- Per post naar:
Vvaa zorgverzekering
t.a.v. de medisch adviseur
Postbus 168
3990 DD HOUTEN
- Per e-mail naar:
ziekenhuizen@vvaazorgverzekering.nl

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact met ons op. Wij helpen u graag. Wij zijn bereikbaar op telefoonnummer 030 639 64 00. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.vvaazorgverzekering.nl.