

Zonder goedgekeurde aanvraag kan er geen vergoeding plaatsvinden.

1. Gegevens van de verzekerde

Voorletters en achternaam

Geboortedatum

Relatienummer

Telefoonnummer

E-mail

2. Gegevens indicatiesteller

Naam huisarts Of CIZ-indicatie-nummer (bij indicatiestellingen voor 1-1-2021)

Datum indicatiestelling

Diagnose

3. Wie gaat de behandeling uitvoeren (maak een keuze voor optie A of B)

A. Individuele of multidisciplinaire behandeling

SO*

BIG-nummer

AVG/Gedragswetenschapper**

Persoonlijk AGB

—

Paramedicus

Bij welke organisatie of instelling bent u werkzaam?

Naam

AGB

—

Telefoonnummer

E-mail

* Alleen voor SO

Werkt u volgens de afspraken in het convenant LHV – Verenso?

Ja

Nee

** Alleen voor de gedragswetenschapper en paramedicus

Op welke wijze werkt u samen?

Worden er disciplines in onderaannemerschap betrokken?

Ja

Nee

Zo ja, welke discipline(s) en met welk doel?

Zo ja, wie is de regiebehandelaar?

B. Groepsbehandeling

Naam organisatie AGB —

Naam contactpersoon

Telefoonnummer E-mail

Welke zorg wordt aangevraagd

Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten

Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet aangeboren hersenletsel

Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington

Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg)

Wat is het doel van de behandeling

Gegevens regiebehandelaar

BIG-nummer Persoonlijk AGB —

Gegevens medebehandelaren (indien van toepassing)

Persoonlijk AGB — Persoonlijk AGB —

Worden er ondersteunende disciplines betrokken

Nee

Ja, welke en met welk opleidingsniveau

4. Wat is de zorgbehoefte GZSP

Als bij vraag 3 gekozen is voor optie A dan moet hier ook optie A worden ingevuld.
Is bij vraag 3 optie B gekozen dan moet hier optie B ingevuld worden.

A. Individuele of multidisciplinaire behandeling

Startdatum behandeling Einddatum behandeling

Totaal aantal uren of behandelingen

Minimaal een keer per 6 maanden moet er een evaluatie van de behandeling plaatsvinden.

Op welke datum staat de evaluatie gepland?

B. Groepsbehandeling

Startdatum behandeling Einddatum behandeling

Totaal aantal dagdelen

Minimaal een keer per 6 maanden moet er een evaluatie van de behandeling plaatsvinden.

Op welke datum staat de evaluatie gepland?

Gaat u gebruik maken van taxivervoer om naar de dagbehandeling te gaan? Ja Nee

5. Ondertekening

Voor de **individuele behandeling GZSP** zijn uitgangspunten geformuleerd en deze zijn terug te vinden in de uitgangspunten van ZN.

Ik verklaar deze gelezen te hebben en te voldoen aan deze uitgangspunten. Ja Nee n.v.t.

Voor de **groepsbehandeling GZSP** zijn uitgangspunten geformuleerd en deze zijn terug te vinden in de uitgangspunten van ZN.

Ik verklaar deze gelezen te hebben en te voldoen aan deze uitgangspunten. Ja Nee n.v.t.

Naam

Datum

Plaats

Handtekening

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Het ingevulde formulier kan je (laten) mailen naar gzsp@pnozorg.nl of opsturen via het [contactformulier](#).