

U heeft verpleging en/of verzorging in het buitenland ontvangen of gaat dit nog ontvangen. Voor deze zorg heeft u een Nederlandse indicatie nodig. Om te beoordelen of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt, hebben wij aanvullende informatie van u nodig. Wij vragen u daarom zo volledig mogelijk antwoord te geven op onderstaande vragen.

Voorletters en achternaam

Relatienummer

Straatnaam

Huisnummer

Toevoeging

Postcode

Plaats

Geboortedatum

Telefoonnummer

E-mailadres

Wat is de reden van uw verblijf in het buitenland? Vakantie Zakelijk Wonen Anders

Hoelang verblijft u in het buitenland? < 180 dagen 180 dagen - 1 jaar Langer dan 1 jaar

Indien van toepassing: uw correspondentieadres in het buitenland

Welke situatie is op u van toepassing?

A. U heeft ONVZ een factuur gestuurd voor de verzorging/verpleging in het buitenland, en:

- U heeft een CIZ-indicatie voor zorg die wordt betaald uit de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Vul dan deel A, onderdeel 1 in.
- U heeft een wijkverpleegkundige indicatie voor zorg die wordt betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vul dan deel A, onderdeel 2 in.
- U heeft een indicatie die in het buitenland is opgesteld. Vul dan deel A, onderdeel 3 in.

B. U heeft ONVZ (nog) geen factuur gestuurd voor de (nog te krijgen) zorg in het buitenland. Vul dan deel B in.

Deel A. U heeft PNOzorg een factuur gestuurd voor de verzorging/verpleging in het buitenland

Onderdeel 1: CIZ-indicatie

Heeft u een persoonsgebonden budget voor deze zorg?

- Ja. Dan kan PNOzorg uw factuur niet in behandeling nemen. Voor het afhandelen van uw factuur kunt u contact opnemen met uw zorgkantoor. U hoeft geen gebruik te maken van dit formulier.
- Nee. Mijn zorgprofiel is:

Heeft u in Nederland zorg in natura? Stuur dan een kopie van uw CIZ-indicatiestelling mee met dit formulier.

» Ga door naar de ondertekening van dit formulier.

Onderdeel 2: wijkverpleegkundige indicatie

De wijkverpleegkundige heeft de onderstaande indicatie gesteld: (graag invullen)

Persoonlijke verzorging:	<input type="text"/>	Minuten per week
Verpleging:	<input type="text"/>	Minuten per week
Begeleiding:	<input type="text"/>	Minuten per week
Kortdurend verblijf:	<input type="text"/>	Minuten per week

U maakt in Nederland gebruik van: Reguliere zorg Een persoonsgebonden budget

Stuur een kopie van de indicatiestelling en het zorgplan van uw wijkverpleegkundige mee met dit formulier.

» Ga door naar de ondertekening van dit formulier.

Onderdeel 3: buitenlandse indicatie

Mijn behandelend arts in het buitenland heeft de onderstaande indicatie gesteld: (graag invullen)

Persoonlijke verzorging:	<input type="text"/>	Minuten per week
Verpleging:	<input type="text"/>	Minuten per week
Begeleiding:	<input type="text"/>	Minuten per week
Kortdurend verblijf:	<input type="text"/>	Minuten per week

Stuur een kopie van de indicatiestelling en/of het zorgplan van uw wijkverpleegkundige of behandelend arts mee met dit formulier. Heeft u geen schriftelijke indicatiestelling en/of zorgplan? Vul dan ook deel B in.

» Vul de bijlage op pagina 4 en ga door naar de ondertekening van dit formulier

Deel B. U heeft ONVZ (nog) geen factuur gestuurd voor de (nog te ontvangen) verzorging en/of verpleging in het buitenland

Het is belangrijk dat u, of indien van toepassing, uw behandelend arts, zo volledig mogelijk antwoord geeft op onderstaande vragen.

Heeft u een Nederlandse indicatie voor de (nog te) ontvangen zorg in het buitenland?

Ja Nee

Omschrijf uw ziektebeeld met beknopte medische voorgeschiedenis.

Omschrijf uw beperkingen als gevolg hiervan.

Omschrijf uw zorgvraag op het gebied van verpleging/verzorging/begeleiding/behandeling (aard/omvang).

Bent u jonger dan 18 jaar en heeft u permanent toezicht of zorg nodig met één of meer verpleegkundige handelingen?

Ja Nee

Is er sprake van zorg in verband met een naderend overlijden; palliatief terminale zorg (PTZ)?

Ja Nee

Heeft u 24 uur per dag toezicht of zorg in de nabijheid nodig?

Ja Nee

Door wie wordt deze zorg geleverd? Noem instelling en zorgverlener.

Voor welke periode is deze zorg nodig?

Wat is uw geestelijke toestand?

Helder Cognitieve stoornissen
 Gedragsstoornissen Anders, namelijk:

Heeft u problemen met uw gehoor?

Nee Ja → Licht Ernstig Doof

Heeft u problemen met uw zicht?

Nee Ja → Licht Ernstig Blind

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welk medicijn, welke dosis en frequentie?

Nee Ja

Bent u in staat huishoudelijke activiteiten uit te voeren?

Nee Ja → Volledig Beperkt

Is er sprake van onbetaalde zorg (mantelzorg)? Zo ja, door wie?

Nee Ja

Gebruikt u hulpmiddelen? Zo ja, welke?

Nee Ja

Is er sprake van behandeling door een specialist? (bv een fysiotherapeut)

Nee Ja

Is er sprake (geweest) van een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum?

Nee Ja

Prognose: is er mogelijkheid tot herstel / chronische zorg / ontwikkeling door revalidatie?

Nee Ja

Maakt u momenteel gebruik van kraamzorg?

Nee Ja

Wat zijn de kosten voor verzorging en/of verpleging? (per uur, totaal welke kosten?)

Herindicatie noodzakelijk na: (* doorhalen wat niet van toepassing is)

Weken / maanden *

Bijlage: Gegevens behandelend arts / verpleegkundige of zorginstelling (Indien van toepassing)

Vul hieronder zo volledig mogelijk de gegevens van uw behandelend arts / verpleegkundige of de zorginstelling in het buitenland.

Gegevens behandelend arts:

Naam	<input type="text"/>
Specialisatie	<input type="text"/>
Naam instelling (ziekenhuis/revalidatiezorg)	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

Gegevens verpleegkundige:

Naam	<input type="text"/>
Specialisatie	<input type="text"/>
Naam instelling (thuiszorgorganisatie)	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

Gegevens zorginstelling (wanneer sprake is van opname):

Vestigingsplaats	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Handtekening behandelend arts/verpleegkundige	<input type="text"/>
Stempel instelling	<input type="text"/>

Zijn alle vragen en is de eventuele bijlage volledig ingevuld?

Hierbij verklaar ik dat het formulier met eventuele bijlage naar waarheid is ingevuld.

Datum van ondertekening

Handtekening verzekeringnemer

Stuur dit formulier naar:

PNOzorg
T.a.v. Medische Dienst
Postbus 459
3990 GG Houten

Heeft u verder nog vragen?

Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 21.00 uur via telefoonnummer +31-(0)30 639 62 62. Wij helpen u graag.