

## Medische verklaring zittend ziekenvervoer

a.s.r.  
Postbus 2072  
3500 HB Utrecht

### Eigen vervoer en openbaar vervoer

Met dit formulier kunt u vergoeding voor zittend ziekenvervoer (eigen vervoer en openbaar vervoer) aanvragen. Hiervoor heeft u toestemming nodig van a.s.r.

De arts of specialist die u behandelt moet deel 1 invullen en ondertekenen. Vul vervolgens zelf deel 2 in, onderteken het formulier en stuur het formulier terug naar a.s.r.:

a.s.r.  
t. a. v. Afdeling Ziektelasten Claimbehandeling  
Postbus 2072  
3500 HB Utrecht

E-mail: zorg.medisch@asr.nl

### Taxivervoer

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer, kunt u dit laten regelen door het vervoersbedrijf Transvision. Met dit bedrijf hebben wij een contract en de kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks door Transvision bij ons gedeclareerd. U kunt Transvision bereiken op het telefoonnummer 0900 333 33 30 (15 cent per minuut). Vraagt u voor de eerste keer taxivervoer bij Transvision aan? Kies dan optie 1 in het telefonische keuzemenu.

Transvision regelt verder alles met u en dit is dus de snelste manier om taxivervoer te regelen. U hoeft hiervoor geen contact met a.s.r. op te nemen.

Kies je niet voor Transvision? Laat uw huisarts of behandelend specialist dan deel 1 van dit formulier invullen en ondertekenen en vul zelf deel 2 in.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer vanuit de aanvullende verzekering, dan kan Transvision geen taxivervoer voor u regelen.

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

### Gegevens aanvrager (verzekerde)

Relatienummer:

Naam:

Geboortedatum:

Deel 1 moet ingevuld worden door de arts / specialist  
Deel 2 moet ingevuld worden door de verzekerde

**Verklaring van de arts (deel 1)**

**1 Op de verzekerde is het volgende van toepassing:**

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan

Verwachte behandelduur:

Ziekenhuis:

Plaats:

- 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?

Rechteroog:  Linkeroog:

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de diagnose?

- Intensieve kindzorg (kopie indicatiestelling bijvoegen)
- Verzekerde krijgt geriatische revalidatiezorg
- Verzekerde krijgt dagbehandeling in een groep in het kader van geneeskundige zorg voor specifiek patientengroepen
- Hardheidsclausule

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. Afhankelijk van de duur, frequentie en afstand komt verzekerde mogelijk in aanmerking voor vergoeding)

Naam instelling/zorgverlener/ ziekenhuis:

Plaats:

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Eventuele toelichting:

**2 Is begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?**  ja  nee

Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan.

**Naar waarheid ingevuld:**

Naam huisarts/specialist:

AGB-code (huisarts/specialist):

Datum:

Handtekening:

**Verklaring van de verzekerde (deel 2)**

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:

Plaats instelling/behandelaar:

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

Naam instelling/behandelaar:

Plaats instelling/behandelaar:

3 Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum:

Einddatum:

4 Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt: (max. 12 maanden)

5 Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer naar de behandeling plaatsvindt:

6 Kunt u reizen met het openbaar vervoer (eventueel met begeleiding)?

ja  nee Zo nee, wat is de reden?

7 Reist u minstens drie achtereenvolgende dagen naar een zorgverlener? Zo ja, wilt u gebruik maken van vergoeding van logeerkosten van maximaal € 76,50 per nacht?

Ja, ik verblijf in totaal  nachten tijdens de gehele behandeling

Nee

**Ondertekening**

Door ondertekening en invulling geeft u a.s.r. toestemming (indien nodig) aanvullende informatie op te vragen bij de behandelaar.

Datum:

Handtekening: