

Aanvraagformulier Ziekenvervoer

1/3

Met dit formulier kunt u een vergoeding voor ziekenvervoer (eigen vervoer, openbaar vervoer en taxivervoer) aanvragen. Hiervoor heeft u meestal toestemming van a.s.r. nodig. De arts of specialist die u behandelt moet deel 1 invullen en ondertekenen. Vul vervolgens zelf deel 2 in.



Ik heb een zorgverzekering van: a.s.r.
 Ik kies zelf van a.s.r. (voorheen Ditzo)

Verklaring van de arts (deel 1)

Waarom is het vervoer noodzakelijk?

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- Verzekerde is slechtziend 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?

Verzekerde jonger dan 18 jaar, die gebruik maakt van verzorging vanwege complexe somatische (lichamelijke) problematiek, of een lichamelijke handicap heeft en vervoer nodig heeft naar een verpleegkundig kinderdagverblijf. (kopie indicatiestelling bijvoegen)

Orgaandonatie

Indien er sprake is van orgaandonatie, welk orgaan wordt gedoneerd?

- Verzekerde krijgt geriatrische revalidatiezorg
- Verzekerde krijgt dagbehandeling in een groep in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patientengroepen
- Overig (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:

Naam instelling/zorgverlener/ziekenhuis:

Adres:

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Eventuele toelichting:

Is begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? Ja
 Nee

Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan.

Indien begeleiding noodzakelijk is, wat is de reden?

Naar waarheid ingevuld:

Naam huisarts/specialist:

AGB-code (huisarts/specialist):

Datum: - -

Handtekening:

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Klantnummer:

Naam:

Geboortedatum: - -

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

Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/ behandelaar:	Adres instelling/ behandelaar:	Startdatum Behandelperiode:	Behandel frequentie:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Van welke vervoersoptie(s) wilt u gebruik maken?

- Eigen vervoer
- Openbaar vervoer
- Taxi

Indien u een taxi nodig heeft, wat is de reden dat u niet met eigen vervoer en/of openbaar vervoer kan reizen?

Reist u minstens drie achtereenvolgende dagen naar een zorgverlener?

Zo ja, wilt u gebruik maken van een vergoeding van logeerkosten?

- 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:

Stuur het formulier naar a.s.r.:

a.s.r. Zorgverzekeringen
t. a. v. Afdeling Ziektekosten Claimbehandeling
Postbus 2072, 3500 HB Utrecht

U kunt uw aanvraag ook digitaal versturen via
www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload.

Controleer a.u.b. of alle gegevens volledig zijn ingevuld.