

Machtigingsaanvraag niet-gecontracteerde Wijkverpleging 2021

a.s.r.
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Heeft u een geldige CIZ -indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de Wet langdurige zorg?

- Ja; neem contact op met het Zorgkantoor.
- Nee; het formulier vult u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de hbo-wijkverpleegkundige.

1. Gegevens Verzekerde

Voorletter(s)	<input type="text"/>
Tussenvoegsel	<input type="text"/>
Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<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="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
BSN	<input type="text"/>
Klantnummer	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Huisnummer + eventuele toevoeging	<input type="text"/>
Postcode en Woonplaats	<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"/>
Telefoon privé	<input type="text"/>
Telefoon mobiel	<input type="text"/>
Polisnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>
Naam en telefoonnummer huisarts	<input type="text"/>

2. Gegevens wijkverpleging

Naam (zoals vermeld in het BIG-register)	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>
BIG-nummer	<input type="text"/>
Niveau opleiding	<input type="text"/>
Naam organisatie van indicerende wijkverpleegkundige	<input type="text"/>
AGB-code organisatie van indicerende wijkverpleegkundige	<input type="text"/>
Bereikbaar (dagen/tijden)	<input type="text"/>

Wilt u bij deze machtigingsaanvraag een kopie van het diploma hbo Bachelor Verpleegkunde of master Verplegingswetenschappen van uw indicerende wijkverpleegkundige toevoegen.

3. Indicatie gegevens

Wat is de reden van deze machtigingsaanvraag?

- 1e aanvraag niet-gecontracteerde zorg
 - Kortdurende zorg (maximaal 2 maanden) bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname
 - Tijdelijk (maximaal 6 maanden)
 - Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)
- Heraanvraag van de machtiging:
 - omdat de zorgbehoefte en/of uw zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd
 - omdat de machtiging is verlopen en u nog een geldig zorgplan heeft
 - omdat uw machtiging en zorgplan zijn verlopen

Paraaf verzekerde

4. Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week?**)

Indicatiestelling

(uren/minuten per week)

Begindatum (dd-mm-jjjj)			Einddatum (dd-mm-jjjj)			Uren	Minuten	Aantal 1)
<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"/>

Verpleging (1002 of 1004)*

Graag doorhalen wat niet van toepassing is

Begindatum (dd-mm-jjjj)			Einddatum (dd-mm-jjjj)			Uren	Minuten	Aantal 1)
<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"/>

Verzorging (1000)*

Begindatum (dd-mm-jjjj)			Einddatum (dd-mm-jjjj)			Uren	Minuten	Aantal 1)
<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"/>

1) Hier vult u het aantal eenheden per 5 minuten in (voorbeeld 1 uur en 30 min.= 90 minuten : 5 = Aantal 18)

Hulp tabel om de uren/minuten om te rekenen naar aantallen

- 5 minuten = Aantal 1
- 15 minuten = Aantal 3
- 30 minuten = Aantal 6
- 45 minuten = Aantal 9
- 1 uur = Aantal 12
- 1,5 uur = Aantal 18
- 2 uur = Aantal 24

**) Wij geven maximaal voor 1 jaar een machtiging af. Heeft u nog een geldig zorgplan of indicatie? Dan dient u alleen een nieuwe machtigingsaanvraag in bij ons.

*) Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren (etc.) opgenomen, dan behoudt a.s.r. zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

5. Van wie krijgt u de zorg?

Zorgorganisatie/zorgverlener* (incl. opleidingsniveau zorgverlener)	Praktijk AGB-Code	Persoonlijke AGB-Code	Verpleging Aantal minuten	Verzorging Aantal minuten per week
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
<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"/>	<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"/>

* Wie levert hoeveel zorg? Graag het aantal uren per zorgverlener aangeven.

Paraaf verzekerde

6. Ondertekening door verzekerde én verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

Wijkverpleegkundige

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en, indien van toepassing, de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- de zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet en de aanspraak Wijkverpleging;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo en de Jeugdwet;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wlz;
- er geen verpleging en verzorging is meegenomen, die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie);
- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan a.s.r., indien a.s.r. daarom vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor a.s.r. belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk.

Verzekerde

- de inhoud van de indicatie, het zorgplan en dit aanvraagformulier met mij, in mijn eigen thuissituatie, is besproken door de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- ik wijzigingen in mijn zorgvraag of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan a.s.r., in de vorm van een nieuwe aanvraag. Dat ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn machtiging en dat ik, indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe machtiging aanvraag;
- ik er mee in stem dat a.s.r. contact opneemt met de indicerende wijkverpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten om mijn (medische) gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging in te zien of op te vragen;
- ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan a.s.r., indien a.s.r. daarom vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor a.s.r. belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum:

Naam verzekerde:

Naam verpleegkundige:

Handtekening verzekerde:

Handtekening verpleegkundige:

In alle gevallen: (de volgende stukken dient u bij te voegen)

- Een kopie van het diploma hbo Bachelor Verpleegkunde of master Verplegingswetenschappen van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar a.s.r.).
- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader).

In geval van Verpleging en verzorging tot 18jaar:

Diploma kinderverpleegkunde van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld of de eventuele kinderaantekening.

Als het aanvraagformulier Machtigingsaanvraag niet-gecontracteerde Wijkverpleging niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw zorg en/of de vergoeding van uw zorg.

Stuur het ingevulde formulier op naar zorg.medisch@asr.nl