

# Declaratieformulier Zvw-pgb

Invulinstructie

a.s.r.  
Postbus 2072  
3500 HB Utrecht

<b>Gegevens verzekerde</b>	Vul hier uw persoonlijke gegevens in.
<b>Gegevens zorgverlener</b>	Vul hier de persoonlijke gegevens van uw zorgverlener in. Bij 'relatie met verzekerde' kunt u maar één hokje aankruisen.
<b>AGB code</b>	Hoeft u alleen in te vullen bij declaraties voor formele zorg (1009/1011).
<b>Geleverde zorg</b>	
Datum*:	De eerste én de laatste dag van de periode waarin de zorg is geleverd.
Tijdsduur:	Het aantal uren dat u wilt declareren voor de prestatie.
Minuten**:	Het aantal minuten dat u wilt declareren voor deze prestatie.
Bedrag:	Vul hier het bedrag in voor de uren en minuten dat er zorg is geleverd.
Totaal:	Vul het totaalbedrag in.
* Eén regel per periode en per prestatie. ** Afronden op 5 minuten.	
	Wij nemen alleen volledig en correct ingevulde specificatieformulieren in behandeling. Hierbij verklaar ik onderstaande naar waarheid in te vullen,

Handtekening verzekeringnemer / Budgetverantwoordelijke	<input type="text"/>
---	----------------------

Datum:	<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"/> Ik declareer online via MijnOmgeving of via de App (geen handtekening nodig)

Naam verzekerde:	<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"/>
----------------	---

Verzekerdnummer:	<input type="text"/>
------------------	----------------------

Burgerservicenummer:	<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"/>
----------------------	---

Naam zorgverlener:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Adres:	<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"/>
-------------------------	--

Relatie met verzekerde:	<input type="checkbox"/> 1e graad / 2e graad <input type="checkbox"/> echtgeno(o)t(e) / geregistreerd partner <input type="checkbox"/> anders
-------------------------	--

AGB code:	<input type="text"/>
-----------	----------------------

Behandelperiode (dd-mm-jjjj)		Code* Soort hulp	Totale tijdsduur Afronden op 5 minuten	Bedrag
Begindatum	Einddatum			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PV <input type="text"/>	<input type="text"/> uur + <input type="text"/> min	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	VP <input type="text"/>	<input type="text"/> uur + <input type="text"/> min	€ <input type="text"/>
				€ <input type="text"/>

\* Code soort hulp:  
 1009 formele persoonlijke verzorging      1011 formele verpleging  
 1010 informele persoonlijke verzorging    1012 informele verpleging