

Declaratieformulier Zvw-pgb

Invulinstructie

a.s.r.

Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Gegevens verzekerde	Vul hier uw persoonlijke gegevens in.
Gegevens zorgverlener	Vul hier de persoonlijke gegevens van uw zorgverlener in. Bij 'relatie met verzekerde' kunt u maar één hokje aankruisen.
AGB code	Hoeft u alleen in te vullen bij declaraties voor formele zorg (1009/1011).
Geleverde zorg	
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 declaratieformulieren in behandeling. Hierbij verklaar ik onderstaande naar waarheid in te vullen,

Handtekening (vertegenwoordiger van verzekerde/budgethouder)	<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