

Aanvraagformulier machtiging GGZ voor niet gecontracteerde zorginstellingen

Bent u verzekerde, die naar een niet gecontracteerde zorginstelling wil gaan, dan moet u vooraf een machtiging aanvragen. Zorgverlener van een niet gecontracteerde zorginstelling mag ook namens u vooraf de machtiging aanvragen.

Om een machtiging aan te vragen dient u dit formulier volledig in te vullen en tezamen met gevraagde bijlagen te mailen aan zorg.medisch@amersfoortse.nl

Let op! Wij beoordelen alleen volledig ingevulde aanvragen met verplichte bijlagen welke vooraf zijn ingediend. Dit wil zeggen binnen 8 weken na eerste contactdatum en voor de start van de behandelingsfase. Wij nemen geen aanvragen in behandeling die achteraf worden ingediend.

U ontvangt van ons binnen 5 werkdagen een machtigingsbrief met machtigingsnummer of een afwijsbrief met toelichting over de afwijzing.

Welke gegevens hebben wij van u nodig?

AGB code Instelling	<input type="text"/>
AGB code regiebehandelaar	<input type="text"/>
Functie regiebehandelaar	<input type="checkbox"/> psychiater <input type="checkbox"/> klinisch psycholoog <input type="checkbox"/> psychotherapeut <input type="checkbox"/> GZ psycholoog <input type="checkbox"/> verpleegkundig specialist GGZ <input type="checkbox"/> verslavingsarts KNMG <input type="checkbox"/> klinische neuropsycholoog <input type="checkbox"/> klinisch geriater <input type="checkbox"/> specialist ouderengeneeskunde
Functies medebehandelaar(s)	<input type="text"/>
Soort DBC	<input type="checkbox"/> Initiële DBC <input type="checkbox"/> vervolg DBC
Startdatum DBC	<input type="text"/>
AGB code verwijzer	<input type="text"/>
Naam verwijzer	<input type="text"/>
Verzekerdnummer	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Declaratiecode	<input type="text"/> B <input type="text"/>
Zorgtrajectnummer (alleen verplicht bij een vervolg DBC)	<input type="text"/>
Totale directe tijd	<input type="text"/> minuten
Totale indirecte tijd	<input type="text"/> minuten
Verblijfsdagen	<input type="text"/> dagen, op deelprestatiecode <input type="text"/> B <input type="text"/> <input type="text"/> dagen, op deelprestatiecode <input type="text"/> B <input type="text"/>

Bijlagen

1. Verwijsbrief (verplicht mee te sturen als bijlage)

Verwijsbrief met daarin:

- sprake van vermoeden van DSM stoornis
- verwijsdatum
- het verzoek voor behandeling met de verwijsindicatie
- de gegevens van de zorgverlener naar wie verwezen is

2. Actueel behandeltraject (verplicht mee te sturen als bijlage)

Informatie over het voorgestelde behandeltraject met vermelding van:

- de diagnostiek:
 - de gestelde DSM diagnose
 - de wijze waarop de diagnose gesteld is (vermelden van diagnostische instrumenten)
 - indien er sprake is van de behandeling van verslavingsproblematiek dan ontvangen wij informatie uit de MATE 2.1 nl het ingevulde formulier met betrekking tot het middelen gebruik en het scoreformulier
- de doelen die worden er gesteld met betrekking tot de behandeling
- de wijze waarop doelen worden behaald:
 - vermelden van de behandelinterventies (volgens de vigerende richtlijnen/ zorgstandaarden)
- per behandelinterventie:
 - de betrokken zorgverlener (naam, beroep en indien van toepassing AGB code)
 - totaal aantal sessies
 - frequentie
 - duur van de sessies
 - groep of individueel
- groepsbehandeling
 - groepsgrootte
- indien MDO's toepassing:
 - welke deelnemers
 - aantal en duur
- de wijze waarop de zorgwaarde is vastgesteld en daarmee de mate waarin verzekerde aangewezen is op de door u aangevraagde zorg.

3. Indien verblijf/opname noodzakelijk (verplicht mee te sturen als bijlage)

- in geval van een opname de (klinische) behandelindicatie, volgens de door de beroepsvereniging vastgestelde richtlijnen
- de locatie waar het verblijf zal plaatsvinden