

# Bijbetalingsformulier gehoorhulpmiddelen

Ziektekostenverzekeringen

1/3

Deze verklaring is bedoeld om vast te stellen of u voldoende bent geïnformeerd over de mogelijkheden met betrekking tot audiologische hulpmiddelen en of u tevreden bent met de adequate hooroplossing die de audicien u heeft aangeboden.



U kunt dit formulier invullen in uw PDF-reader en opslaan.

## 1. Contactgegevens

### Uw gegevens:

Voorletters en naam

Geboortedatum

 -  - 

Zorgverzekeraar

Verzekerdnummer

### Gegevens audicien:

Naam

Straat en huisnummer

Postcode

 

Woonplaats

AGB-code

Telefoonnummer

## 2. Inventarisatie zorgvraag

### Audiologische zorgvraag:

Bij hoortoestellen wordt uw zorgvraag vastgesteld met behulp van het Protocol Hoorhulpmiddelen 2.0.

In welke categorie is uw zorgvraag ingedeeld?

1  2  3  4  5  Anders

### Eerste proefperiode:

Met welke categorie hoortoestel uit de landelijke hoortoestellen database<sup>1</sup> startte u uw eerste proefperiode?

1  2  3  4  5  Anders

Merk, type

HSN nummer

Datum begin proefperiode

 -  - 

Datum einde proefperiode

 -  - 

Resultaat

<sup>1</sup> Er worden twee hoortoestellen uitgetoetst binnen de (landelijke) hoortoestellen database zodat u deze kunt vergelijken met het hoortoestel dat niet in deze database is opgenomen waarbij u vrijwillig kiest om bij te betalen.

**Tweede proefperiode:**

Met welke categorie hoortoestel uit de landelijke hoortoestellen database startte u uw tweede proefperiode?

1     2     3     4     5     Anders

Merk, type

HSN nummer

Datum begin proefperiode  -  -

Datum einde proefperiode  -  -

Resultaat

**Derde proefperiode:**

Met welke categorie hoortoestel uit de landelijke hoortoestellen database startte u uw derde proefperiode?

Merk, type

HSN nummer

Datum begin proefperiode  -  -

Datum einde proefperiode  -  -

Resultaat

**Motivatie**

Motivatie waarom u niet gekozen heeft voor 2 proefperiodes met hoortoestellen uit de landelijke database:

Motivatie waarom u kiest voor een hoortoestel buiten de landelijke database:

**Eigen bijdrage**

Is met u besproken dat de vrijwillige eigen bijdrage van de hooroplossing van een hoortoestel buiten de ZN hoortoestellendatabase volledig door u zelf betaald dient te worden?<sup>2</sup>

Nee

Ja, vrijwillige eigen bijdrage per toestel: €

Bent u geïnformeerd over het feit dat de wettelijke 25% eigen bijdrage, de vrijwillige eigen bijdrage per hoortoestel en eventuele andere kosten door u aan de audicien betaald dienen te worden?

Nee

Ja

<sup>2</sup> *Vrijwillige eigen bijdrage: bedrag aan kosten van zorg en/of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde komt. Mocht u in aanmerking komen voor een vergoeding van uw zorgverzekeraar dan is dit bedrag ook minus de wettelijke eigen bijdrage en minus de vergoeding van uw zorgverzekeraar.*

**Gebruiksduur**

Heeft de audicien u geïnformeerd dat de gekozen hooroplossing een minimale gebruiksduur van vijf jaar heeft?

Nee

Ja

Bent u op de hoogte van het feit dat, indien er sprake is van toerekenbare schade bij verlies, diefstal, onvoorzichtig gebruik of verwaarlozing van het toestel, er geen aanspraak bestaat op vervanging of herstel van het hoortoestel binnen de gebruikstermijn van vijf jaar?

Nee

Ja

**Informatieverstrekking**

Bent u tevreden over de informatieverstrekking van de audicien?

Nee, omdat

Ja, omdat

**3. Ondertekening**

Ondergetekende verklaart tevreden te zijn over de aanschaf/wijziging van het/de hoortoestel(len) en dat de proefperiodes succesvol zijn verlopen.

Plaats

Datum

-   -

Handtekening verzekerde