

Aanvraag voor hulpmiddelen

1/2

Ik heb een zorgverzekering van: a.s.r.
 Ik kies zelf van a.s.r. (voorheen Ditzo)

Datum: - -

Verzekerdengegevens

Naam/voorletters:

Adres:

Geboortedatum: - -

Postcode

Woonplaats:

BSN nummer:

Telefoonnummer:

Nummer verzekerde:

Verstrekking

Onvolledige ingevulde formulieren kunnen niet in behandeling worden genomen!

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes hulpmiddel | <input type="checkbox"/> Pruik | <input type="checkbox"/> Solo-apparaat |
| <input type="checkbox"/> Elastische kousen* | <input type="checkbox"/> Ringleiding+Audiogram* | <input type="checkbox"/> Tactiel-leesapparaat |
| <input type="checkbox"/> Gezichtshulpmiddel* | <input type="checkbox"/> TV-loupe <input type="checkbox"/> Prothese* | <input type="checkbox"/> Beugelapparatuur* |
| <input type="checkbox"/> Hoortoestel* | <input type="checkbox"/> Uitw. electrostimulator | <input type="checkbox"/> Semi-orth. schoenen* |
| <input type="checkbox"/> Infuuspomp | <input type="checkbox"/> Vernevelaar | <input type="checkbox"/> Orth. schoenen* |
| <input type="checkbox"/> Loophulpmiddel | <input type="checkbox"/> Zuurstof (tel. doorgegeven) | <input type="checkbox"/> Vervanging/ reparatie/aanpassing |
| <input type="checkbox"/> Overig hulpmiddel | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Spalk* | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | |

*met offerte

Leverancier

Naam/firmastempel:

Adres:

Postcode

Woonplaats:

Medewerkerscode:

Telefoonnummer:

► Graag prijsopgave met coderingen en advies op een aparte bijlage meezenden

Specificatie van aangevraagd hulpmiddel

Soort, type en bijzonderheden

Medisch geheim

Motivatie/indicatie s.v.p. volledig invullen

- Eerste aanvraag
- Vervolgaanvraag
- Tijdelijke toepassing
- Blijvende toepassing

Toepassing:

- A.D.L.
- Werksituatie
- Sport

Brace:

- Immobilisatie
- Redressie
- Stabilisatie

- Status na OK
- Status na trauma
- Recidief

Naam arts:

Adres:

Postcode

Woonplaats:

Datum: - -

Naamstempel:

Handtekening arts:

Het ingevulde formulier kunt u digitaal versturen via www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload