

Dit formulier moet worden ingevuld door de verzekerde en door de arts die de verzekerde behandelt.

Voor vervoer naar een deeltijdbehandeling in een AWBZ instelling is een apart formulier op te vragen bij de afdeling Klantenservice 026 - 400 48 48 of te downloaden via www.ohra.nl/uwzorgverzekering

Gegevens aanvrager

Naam verzekerde:
Adres:
Postcode / woonplaats:
Relatienummer: Geboortedatum:
Telefoonnummer thuis: Telefoonnummer werk:

Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:

Verpleegadres of naam verpleeginstelling:
Verpleegadres: Postcode / woonplaats:

betreffend hokje aankruisen

Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u **vooraf** toestemming te vragen aan de OHRA. Met deze aanvraag kan OHRA bepalen of u een vergoeding krijgt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar u wordt behandeld, waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stuur het volledig ingevulde formulier naar OHRA. **Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.** Het kan alsnog noodzakelijk zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Indien u hiermee niet mee instemt, verzoeken wij u dit hier aan te geven:

ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar.

U ontvangt per post een akkoordverklaring van OHRA en indien nodig een apart declaratieformulier. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van OHRA. Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u aan OHRA door te geven zoals een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. OHRA behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Als het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van het Burgerlijk Wetboek de vergoeding teruggevorderd worden.

DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (vult u a.u.b. het hele formulier in)

1. Nierdialyse

Krijgt u een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

ja nee

2. Vervoer naar een behandeling met chemotherapie of bestraling

Krijgt u een bestraling?

ja nee

Zo ja, op welke datum begint de bestraling?

Krijgt u chemotherapie toegediend in tabletvorm?

ja nee

Krijgt u chemotherapie toegediend via een infuus?

ja nee

Krijgt u chemotherapie toegediend via een spoeling?

ja nee

Zo ja, op welke datum begint de chemotherapie?

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal?

3. Rolstoelvervoer

Bent u tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk?

ja nee

Hoelang bent u waarschijnlijk tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk? maanden

Wanneer u tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk bent, vragen wij u een kopie van de bruikleenovereenkomst van uw rolstoel mee te sturen.



Bent u langdurig uitsluitend rolstoel afhankelijk?

ja nee

Wanneer u langdurig uitsluitend rolstoelafhankelijk bent, vragen wij u een kopie van uw WMO beschikking van uw (elektrische) rolstoel of een voor uw handicap aangepaste auto mee te sturen.

4. Beperking gezichtsvermogen

Is er sprake van een gezichtsveldbeperking? ja nee

Zo ja, geef de visuswaarde: links rechts

Is er sprake van een oogoperatie? ja nee

Zo ja,

Geef de datum van het eerste consult i.v.m. de oogoperatie

Geef de datum van de oogoperatie

5. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Welke ziekte of aandoening hebt u?

Hoeveel maanden gaat de behandeling duren?

Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling?

6. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)

Wat is de eerste dag van uw vervoer?

Als het mogelijk en verantwoord is, geven wij de voorkeur aan openbaar vervoer.

Kunt u reizen met eigen vervoer? ja nee

Kunt u reizen met het openbaar vervoer? ja nee

Kunt u reizen met taxivervoer? ja nee

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus? ja nee

Is begeleiding noodzakelijk? ja nee

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk). Hoe vaak per week?

1.

2.

3.

OHRA gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.

Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde: Datum:

Plaats: Handtekening verzekerde:



Door de arts die u behandelt in te vullen



Bovenstaande gegevens zijn juist. ja nee

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk:

Eventuele toelichting:

Als de patiënt slecht kan zien, wat is de visusmeting: OS OD

Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens.

AGB-code of BIG-inschrijfnummer/stempel: Handtekening



Dit formulier kunt u sturen naar OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg.

Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de OHRA Klantenservice, telefoonnummer 026 - 400 48 48.