

Aanvraag voor Ziekenvervoer



Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient u vooraf toestemming te vragen door dit ingevuld aanvraagformulier te sturen naar machtigingen@rmokraïne.nl. Onvolledige aanvragen of aanvragen die niet zijn ingevuld door uw behandelaar worden niet in behandeling genomen.

1. Uw gegevens

Naam _____ BSN nummer _____

Geboortedatum-.....-.....

Naam contactpersoon _____ Tel. contactpersoon _____

2. Wat is uw reistraject

Van Naam locatie _____ Naar Naam locatie _____

Postcode + huisnummer _____ Postcode + huisnummer _____

Graag de onderstaande vragen (3 t/m 6) laten invullen door uw behandelaar

3. Aanvraag voor vergoeding van vervoerskosten voor verzekerde

- Spoedeisende zorg
- Zwangerschap en bevalling
- Kinderen; vervoer een kind onder de leeftijd van 6 weken
- Bijzondere omstandigheden
- Serievervoer, zoals nierdialyse of een oncologische behandeling
- TBC
- Langdurig aangewezen op vervoer door lichamelijk handicap
- GGZ-problematiek

Zie bijlage 6 van de Regeling Medische zorg Oekraïne

4. Medische verklaring behandelaar (verplicht invullen)

5. Welk soort vervoer is noodzakelijk?

- Taxi Rolstoeltaxi Openbaar vervoer Eigen vervoer

Neemt u een rollator of een ander hulpmiddel mee? Ja Anders, namelijk

Is begeleiding tijdens vervoer medisch noodzakelijk? Ja Nee

6. Hoe vaak moet de verzekerde vervoerd worden naar de locatie?

_____ x per week _____ x per maand Totaal aantal keer: _____

Wat is de (verwachte) behandelperiode? _____ maanden

Ingangdatum vervoer:-.....-..... (verwachte) einddatum vervoer:-.....-.....

Handtekening behandelaar:

Naam behandelaar:

Datum: