

# Aanvraag voor Ziekenvervoer



Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient u vooraf toestemming te vragen door dit ingevuld aanvraagformulier te sturen naar [machtigingen@rmoekraine.nl](mailto:machtigingen@rmoekraine.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: