



Gegevens van de aanvrager voor wie vervoer nodig is

Relatienummer verzekerde: .....  
 Naam verzekerde: .....  m  v  
 Adres: .....  
 Postcode / woonplaats: .....  
 Relatienummer: .....  
 Geboortedatum: .....  
 Telefoonnummer 1: .....  
 Telefoonnummer 2: .....

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

Verpleegadres of naam verpleeginstelling: .....  
 Adres: ..... Postcode / woonplaats: .....  
 Worden uw woonlasten betaald vanuit de Wlz?  ja  nee

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is



**DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (Vult u a.u.b. het hele formulier in. Voor meer informatie kunt u bijgevoegde brochure Zittend Ziekenvervoer raadplegen of downloaden via [www.deltalloyd.nl/zorgformulieren](http://www.deltalloyd.nl/zorgformulieren). Leest u ook de toelichting op de achterkant van dit formulier!)**

**1. Behandeling**

Hoeveel maanden gaat de behandeling naar verwachting duren? .....

**Waar gaat het vervoer naar toe?**

Naam en volledig adres behandelaar	Hoe vaak per maand	Is de enkele reis meer dan 200 km?
1. ....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2. ....	.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Is er sprake van vervoer naar speciaal onderwijs?  ja  nee

Naam en volledig adres school: .....

Hebt u al gebruik gemaakt van vervoer? Geef hieronder aan welke periode, waarnaartoe en hoe vaak.

Periode: van ..... t/m ..... Naar: ..... Hoe vaak in totaal: .....

**Wat is de eerste datum van uw vervoer?** Datum: .....

**Van welk soort vervoer kunt u op basis van uw medische indicatie gebruik maken?**

Hebt u al nota's ingediend?

Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?  ja  nee, omdat .....  ja  nee

Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?  ja  nee, omdat .....  ja  nee

Kunt u uitsluitend reizen met een taxi?  nee  ja, omdat .....

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?  nee  ja, omdat .....

Is begeleiding noodzakelijk? (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord)

nee  ja, omdat .....

Bij intensieve kindzorg: Door wie wordt het kind begeleid:  ouders  (wijk)verpleegkundige

Kan het vervoer bij intensieve kindzorg gecombineerd worden?  ja  nee, omdat .....

**2. Beantwoord deze vraag alleen als u zich uitsluitend in een rolstoel verplaatsen:**

Wilt u aangeven welk van onderstaande hulpmiddelen u gebruikt:

een inklapbare rolstoel  een niet-inklapbare rolstoel/elektrische rolstoel  een aangepaste buggy via de WMO

een scootmobiel  een aangepaste auto (u bestuurt deze zelf)

**LET OP: Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente?**

ja, stuur dan een kopie van de WMO-beschikking mee  nee

**3. Beantwoord deze vraag alleen als u een beperkt gezichtsvermogen hebt:**

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: . . . - . . . - . . .

Is er sprake van druppels in beide ogen of injecties in het oog?  druppels beide ogen  injecties in het oog



**Delta Lloyd gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.**

Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde: ..... Datum: .....

Plaats: ..... Handtekening verzekerde: .....

**Let op:** houd er rekening mee dat wij extra informatie bij u op kunnen vragen.





## DOOR ARTS IN TE VULLEN

### 4. Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën:

- Verzekerde ondergaat nierdialyse
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening chemotherapie.  
Datum intake voor de start van de chemotherapie: .....
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening radiotherapie.  
Datum intake radiotherapie (uitleg over de bestraling en bepaling van het te bestralen gebied): .....
- Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening immuuntherapie. Datum intake immuuntherapie: .....
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
  - Kan verzekerde een transfer maken?  ja  nee
  - Kan verzekerde staan?  ja  nee
  - Wat is de maximale loopafstand? (met hulpmiddel) ..... meter
  - Is te verwachten dat de mobiliteit verbetert?  ja, vanaf.....  nee
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen  
Wat is de visusmeting met een correctie door de oogarts? OS..... OD.....
- Verzekerde is jonger dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat om vervoer van en naar de plaats van verzorging (verpleegkundig kinderdagverblijf)
- Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden (hardheidsclausule)  
Dat betekent dat de patiënt totaal meer dan 1000 kilometer enkele reis aflegt over een periode van 12 maanden.

### 5. Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk:

.....  
.....

Soort zorg:  Revalidatiezorg  Geriatrische revalidatiezorg  Zintuigelijk gehandicaptenzorg  Langdurige GGZ (opname)  
**Wordt de behandeling vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet?**  ja  nee

### 6. Beantwoord deze vraag als er sprake is van een deeltijdbehandeling.

a. Is er sprake van een GGZ-deeltijdbehandeling? Dan onderstaande vraag door de behandelend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut laten invullen.

#### **Wilt u dan aangeven welke vorm van behandeling van toepassing is?**

Er is sprake van ondersteunende begeleiding

Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:  
.....  
.....

Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding

Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling: .....  
.....

**LET OP: Wanneer er sprake is van een Wlz-indicatie of jeugd GGZ, komen vervoerskosten niet voor rekening van de Zorgverzekeringswet.**



Naam arts/ instelling: .....  
AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist/psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut): .....

of stempel:

Handtekening:

#### **Toelichting**

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u **vooraf** toestemming vragen aan Delta Lloyd. Met deze aanvraag kan Delta Lloyd bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen wij welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. **Het vervoer moet gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt voor rekening van de Zorgverzekeringswet.** Stuur het volledig ingevulde formulier naar Delta Lloyd.

**Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling.** U ontvangt per post een akkoordverklaring van Delta Lloyd. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van Delta Lloyd. **Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring aan Delta Lloyd door te geven.** Denk aan een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. Delta Lloyd voert controles uit. Als het vervoer onterecht is vergoed, vorderen wij de vergoeding terug.

Als u kiest voor een taxivervoerder zonder overeenkomst, heeft dit gevolgen voor de hoogte van uw vergoeding. Kijk op [www.deltalloyd.nl/zorgzoeker](http://www.deltalloyd.nl/zorgzoeker) voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen heeft Delta Lloyd goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten. **Voor vervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage. Ook is er sprake van verrekening met uw eigen risico. Wij adviseren u de voorwaarden goed door te lezen op [www.deltalloyd.nl/ziekenvervoer](http://www.deltalloyd.nl/ziekenvervoer).**



Dit formulier kunt u sturen naar Delta Lloyd, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg.

Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de Delta Lloyd Klantenservice, telefoonnummer (026) 353 53 53.