

Aanvraagformulier Machtiging Vervoer



Met dit formulier kunt u een machtiging aanvragen voor vervoer.

! Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen. Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij in behandeling nemen.

Persoonsgegevens

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
Klantnummer (deze vindt u op uw zorgpas)		Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

Behandelingsvragen

1. Waarvoor heeft u vervoer nodig (kies één van de opties):

Ik moet nierdialyse ondergaan*

Ik heb oncologische behandelingen nodig*

Ik heb vervoer nodig van/naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindersorghuis*

Ik krijg een orgaantransplantatie (ontvanger)

Ik heb geriatrische revalidatiezorg nodig (als er een verwijzing is van het ziekenhuis voor binnen een week naar klinische revalidatie voor lichamelijk herstel)

Ik ben visueel gehandicapt en kan mij niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Visusmeting rechteroog Visusmeting linkeroog Kokerzien graden

Overige behandelingen/zorg waarvoor vervoer nodig is (hardheidsclausule). *Stuurt u een verklaring mee van uw behandelend zorgverlener dat u langdurige behandeling ondergaat waar u vervoer voor nodig heeft (verplicht, anders kunnen we uw aanvraag niet in behandeling nemen).*

Ik ben aangewezen op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP), zorg in een groep bedoeld voor kwetsbare ouderen.

* Vervoer voor nierdialyse, oncologische behandelingen of vervoer naar een verpleegkundig kinderdagverblijf/kindersorghuis kunt u telefonisch aanvragen via onze Vervoersdesk: 088-131 16 00 (werkdagen van 9.00 tot 13.00 uur).
LET OP! dit hoeft u dan niet meer schriftelijk te doen.

2. Kunt u zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen?

Ja Nee

3. Wat is uw medische indicatie en welke behandelingen heeft u nodig?

Reistrajecten

4. Voor welke reizen wilt u een machtiging voor vervoer aanvragen?

- Maak per behandellocatie een reistraject aan. U kunt meerdere reistrajecten invoeren.
- Wij vragen uw enkele reis uit. Op basis hiervan berekenen wij het aantal kilometers retour via de ANWB Routeplanner (snelste route).
- Uw eventuele machtiging voor vervoer geldt voor de heen- en terugreis.

Reistraject 1

Van		Naar	
Huisadres			
Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling, school), namelijk:		Naam zorginstelling	
Straat		Straat	
Huisnummer		Huisnummer	
Postcode	Woonplaats	Postcode	Woonplaats
Hoe vaak in totaal (binnen 12 maanden)	Datum eerste reis (dd-mm-jjjj)	Datum laatste reis (dd-mm-jjjj)	
Aantal kilometers enkele reis (snelste route via ANWB Routeplanner)			

Reistraject 2

Van		Naar	
Huisadres			
Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling, school), namelijk:		Naam zorginstelling	
Straat		Straat	
Huisnummer		Huisnummer	
Postcode	Woonplaats	Postcode	Woonplaats
Hoe vaak in totaal (binnen 12 maanden)	Datum eerste reis (dd-mm-jjjj)	Datum laatste reis (dd-mm-jjjj)	
Aantal kilometers enkele reis (snelste route via ANWB Routeplanner)			

Reistraject 3

Van		Naar	
Huisadres			
Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling, school), namelijk:		Naam zorginstelling	
Straat		Huisnummer	Straat
			Huisnummer
Postcode	Woonplaats	Postcode	Woonplaats
Hoe vaak in totaal (binnen 12 maanden)		Datum eerste reis (dd-mm-jjjj)	Datum laatste reis (dd-mm-jjjj)
Aantal kilometers enkele reis (snelste route via ANWB Routeplanner)			

5. Heeft u nog extra informatie of aanvullingen over uw reistraject(en)? Dan kunt u deze informatie hier toevoegen:

Vervoersvragen

6. Hoe wilt u de trajecten afleggen?

- Eigen vervoer
- Openbaar vervoer
- Taxivervoer

7. Heeft u begeleiding nodig tijdens het vervoer?

- Ja, want
- Nee

8. Overige informatie

Zijn er nog zaken van belang die wij moeten weten voor het beoordelen van uw aanvraag?

Verklaring door verzekerde

Ik verklaar dat:

- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan IZA Zorgverzekeraar, indien IZA Zorgverzekeraar daarom vraagt
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig naar waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen
- ik weet dat verzwijging van de voor IZA Zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt of dat IZA Zorgverzekeraar de door haar betaalde vergoeding kan terugvorderen.

Naam verzekerde

Datum (dd-mm-jjjj)

Aanvraag controleren en versturen

Controleer uw aanvraag goed. Is alles ingevuld? Een volledig ingevuld formulier is nodig om uw aanvraag te kunnen beoordelen. U hoort dan binnen tien dagen of uw machtiging is goedgekeurd. Dank daarvoor!

Per post:

IZA
t.a.v. Afdeling machtigingen vervoer
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven