

Aanvraagformulier Ziekenvervoer

Voor de vergoeding van ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van OHRA. Door onderstaand formulier in te vullen kan OHRA bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt. U kunt alleen vervoer aanvragen voor zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering. Voor meer informatie kunt u de brochure Ziekenvervoer downloaden via www.ohra.nl/zorgverzekering/vergoeding/zittend-ziekenvervoer.

Uw gegevens

Relatienummer		
Voorletter(s) en achternaam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoonnummer	Privé	Zakelijk
Worden uw woonlasten betaald vanuit de Wlz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

Reden van uw aanvraag (betreffend hokje aankruisen)

<input type="checkbox"/> Ik krijg chemotherapie, <input type="checkbox"/> immuuntherapie en/of <input type="checkbox"/> radiotherapie in verband met oncologie		
Datum intake <i>(datum dat het definitieve behandelplan met u besproken is.)</i>	<i>(dd/mm/jjjj)</i>	
<input type="checkbox"/> Ik verplaats mij uitsluitend in een rolstoel		
Welke afstand kunt u maximaal lopend afleggen? <i>(met hulpmiddel)</i>	meter	
Kunt u een overstap maken van uw rolstoel naar een taxi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Bent u tijdelijk afhankelijk van een rolstoel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Welke hulpmiddelen gebruikt u?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Elektrische rolstoel <input type="checkbox"/> Inklapbare rolstoel <input type="checkbox"/> Aangepaste auto <i>(u bestuurt deze zelf)</i> <input type="checkbox"/> Niet-inklapbare rolstoel <input type="checkbox"/> Aangepaste buggy via de WMO <input type="checkbox"/> Scootmobiel	
Krijgt u uw hulpmiddel via de gemeente?	<input type="checkbox"/> Ja, graag kopie WMO meesturen <input type="checkbox"/> Nee	
<input type="checkbox"/> Ik heb een visuele handicap waardoor ik mij niet zelfstandig of zonder begeleiding kan verplaatsen		
Wat is de visuswaarde van uw rechteroog?	%	
Wat is de visuswaarde van uw linkeroog?	%	
Krijgt u injecties in het oog?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Andere afwijkingen die het gezichtsvermogen beperken:		
<input type="checkbox"/> Ik krijg nierdialyse		
<input type="checkbox"/> Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf		
<input type="checkbox"/> Ik ben orgaandonor		
Welk orgaan doneert u?		
Wat is de transplantatiedatum? <i>(indien bekend)</i>	<i>(dd/mm/jjjj)</i>	
<input type="checkbox"/> Ik krijg geriatrische revalidatie		
<input type="checkbox"/> Ik word behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening en reis per 12 maanden meer dan 1000 km enkele reis		

<input type="checkbox"/> Ik krijg GZSP-dagbehandelingen in een groep als onderdeel van een zorgprogramma (voor chronisch progressieve de generatieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking).	
Wat is uw medische indicatie?	
Op welke datum start het vervoer naar uw behandeling? <i>(Wanneer de behandeling nog niet vaststaat, kunt u geen aanvraag bij ons indienen)</i>	(dd/mm/jjjj)

Vervoer

Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Kunt u uitsluitend reizen met een taxi?	<input type="checkbox"/> Ja, omdat <input type="checkbox"/> Nee
Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?	<input type="checkbox"/> Ja, omdat <input type="checkbox"/> Nee
Is begeleiding noodzakelijk? <i>(voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord)</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Ik word minimaal 3 dagen achter elkaar behandeld en wil graag in plaats van vergoeding voor ziekenvervoer, logeerkosten declareren.	

Vertrek- en aankomstadres (Wanneer u meerdere bestemmingen hebt, kunt u dit op een aparte bijlage vermelden. Geef daarbij de behandelduur en frequentie per bestemming.)

	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie	Thuis / Anders:	Thuis / Anders:
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en plaats		
Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting?		<i>(maanden per jaar)</i>
Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld?		<i>(keer per maand)</i>

Verklaring

- Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld.
- Alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op deze aanvraag of de akkoordverklaring, geef ik vooraf door aan OHRA.
- Ik weet dat OHRA controles uitvoert. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie.
- Als het vervoer ten onrechte is vergoed op basis van door of namens mij verstrekte onjuiste / onvolledige gegevens, betaal ik de onterecht betaalde vergoedingen terug.

<input type="checkbox"/> Ja, ik ga akkoord met bovenstaande verklaring. Heeft u nog zaken die van belang zijn of opmerkingen?	
Handtekening	

Dit formulier kunt u sturen naar: OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg. Heeft u vragen? Dan kunt u contact opnemen met OHRA Klantenservice, telefoonnummer: 026 400 40 40 of raadpleeg de website www.ohra-zorg.nl.

OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg KvK 09067645 en OWM CZ groep U.A. te Tilburg KvK 18028752. Deze N.V. en OWM behoren tot CZ groep te Tilburg.

Kijk voor meer informatie op www.ohra.nl/zorg

