

Aanvraagformulier OHRA Zorgverzekering

Zittend ziekenvervoer

Gegevens patiënt

Voor de vergoeding van zittend 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 Zittend Ziekenvervoer downloaden via www.ohra.nl/zorgformulieren.

Relatienummer		
Voorletter(s) en achternaam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Burgerservicenummer		
Telefoonnummer	Privé	Zakelijk
E-mailadres		
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 nierdialyse	
<input type="checkbox"/> Ik krijg chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie in verband met oncologie	
Datum intake <small>(start van de behandeling)</small>	
<input type="checkbox"/> Ik verplaats mij uitsluitend in een rolstoel	
Welke afstand kunt u maximaal lopend afleggen? <small>(met hulpmiddel)</small>	
Kunt u een transfer maken?	
Bent u tijdelijk afhankelijk van een rolstoel?	
Welke hulpmiddelen gebruikt u?	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Elektrische rolstoel <input type="checkbox"/> Inklapbare rolstoel <input type="checkbox"/> Aangepaste auto <small>(u bestuurt deze zelf)</small> <input type="checkbox"/> Niet-inklapbare rolstoel <input type="checkbox"/> Aangepaste buggy via de WMO
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 me niet zelfstandig of zonder begeleiding kan verplaatsen	
Wat is de visusmeting van uw rechteroog?	
Wat is de visusmeting van uw linkeroog?	
Krijgt u injecties in het oog?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="checkbox"/> Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf	
<input type="checkbox"/> Ik ben orgaandonor	
Welk orgaan doneert u?	
<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 dagbehandeling in een groep als onderdeel van een zorgprogramma (voor chronisch progressieve degeneratieve 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?	
---	--

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

Vertrek- en aankomstadres

	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie		
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en plaats		
Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting?		
Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld?		

	Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie		
Straatnaam en huisnummer		
Postcode en plaats		
Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting?		
Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld?		

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.