



Aevitae  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen

## Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

### Toelichting

Met dit formulier kunt u om toestemming vragen voor zittend ziekenvervoer.

1e aanvraag

Kruis hiernaast aan of het om een eerste aanvraag of een verlenging gaat.

verlengingsaanvraag

Vul zelf uw persoonsgegevens in en laat vervolgens uw huisarts of medisch specialist zijn/haar onderdeel invullen.

Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van u en uw huisarts of medisch specialist erop staan. Wij nemen namelijk alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling. Stuur het formulier naar ons.

U krijgt daarna van ons schriftelijk een goedkeuring of afwijzing. Het adres vindt u boven- en onderaan dit formulier.

### Persoonsgegevens (in te vullen door verzekerde)

Naam:	Voorletter(s):	Tussenvoegsel(s):
Adres:	Huisnummer:	Toevoeging:
Postcode:	Woonplaats:	
Polisnummer:	Geboortedatum:	Burgerservicenummer:
Telefoonnummer:	E-mailadres:	

### Vraag 1 t/m 8 dienen ingevuld te worden door huisarts of medisch specialist

#### 1 Kruis hieronder aan wat van toepassing is:

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer:

Wat is de maximale loopafstand (met loophulpmiddel)? \_\_\_\_\_ meter

Is de rolstoelafhankelijkheid blijvend? Ja Nee, de rolstoelafhankelijkheid duurt naar schatting \_\_\_\_\_ maanden

Verzekerde is visueel beperkt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen:

Is het gezichtsveld < 20 graden? Ja Nee De visusmeting is: Rechteroog: \_\_\_\_ Linkeroog: \_\_\_\_

Verzekerde heeft vervoer nodig in verband met geriatrische revalidatie

Verzekerde heeft vervoer nodig naar een verpleegkundig kinderdagverblijf

Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week / maand behandeld worden:

	Bestemming 1	Bestemming 2	Bestemming 3
Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:	__ __	__ __	__ __
Aantal kilometers van huis naar behandeladres, enkele reis:	__ __ __	__ __ __	__ __ __
Gemiddeld aantal dagen dat verzekerde vervoer nodig heeft, vanwege de behandeling:	__ __ per week __ __ per maand	__ __ per week __ __ per maand	__ __ per week __ __ per maand

Verzekerde is orgaandonor

#### 2 a Waarom heeft de verzekerde vervoer nodig? Wat is de medische indicatie?

#### 2 b Welke behandeling heeft de verzekerde nodig? Of gaat het om een controleafspraak?

### 3 a Naar welke instelling of behandelaar moet de verzekerde vervoerd worden?

Vul hier naam, adres, postcode en vestigingsplaats van de instelling(en) in:

---

---

### 3 b Wordt deze behandeling vergoed vanuit de basisverzekering?

Ja

Nee

### 3 c Is er sprake van vervoer van kinderen naar een (deeltijd)behandeling gecombineerd met schoolbezoek?

Ja

Nee

Zo ja, wilt u dan onderstaande tabel invullen?

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Reguliere schooltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestaat er aanspraak op leerlingenvervoer?

Ja

Nee

Zo nee, waarom bestaat er geen aanspraak op leerlingenvervoer?

---

### 4 Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum:

\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Einddatum:

\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

### 5 Is de verzekerde in staat te reizen met eigen vervoer?

Ja

Nee

### 6 Is de verzekerde in staat te reizen met openbaar vervoer?

Ja

Nee

### 7 Kan de verzekerde uitsluitende gebruik maken van taxivervoer?

Ja

Nee

Indien "ja", graag motiveren:

---

---

### 8 Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?

Ja

Nee

#### ***Naar waarheid ingevuld***

Naam huisarts of medisch specialist:

---

Postcode:

Woonplaats:

---

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

---

Datum:

\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Handtekening en stempel huisarts of medisch specialist:

---

#### **In te vullen door de verzekerde:**

##### ***Naar waarheid ingevuld***

Handtekening verzekerde:

Datum:

\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

#### **Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Aevitae via:**

- De online omgeving (Mijn Aevitae) uploaden
- Ons e-mailadres: [mg@aevitae.com](mailto:mg@aevitae.com)
- Ons postadres: **Aevitae**  
Postbus 2705  
6401 DE HEERLEN

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt Aevitae of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt schriftelijk een machtiging of afwijzing.

Aevitae behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan worden tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.