



Aevitae

afdeling Medische Garanties

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging

DEEL 1: Verpleegkundig deel

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger^{1,2}. Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige. Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN, juli 2014.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

Achternaam: _____

Voorletters: _____ de heer mevrouw

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register): _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

BIG nummer: _____

Niveau opleiding: _____

Naam indicerende organisatie: _____

AGB-code indicerende organisatie: _____

1 Een **wettelijke vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder.

2 Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1^e of 2^e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Paraaf verpleegkundige:

3. Vraagverheldering

1. Wat is/zijn de medische diagnose(n), waaruit de zorgvraag ontstaat?

a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend arts? ja nee

b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd.

c. Wat is de medische voorgeschiedenis?

d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien? ja nee

2. Is/zijn er fysieke beperking(en)? ja nee

a. Wat is/zijn deze beperking(en)?

b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?

c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

Paraaf verpleegkundige:

3. Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)?

ja nee

a. Wat is/zijn deze beperking(en)?

b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?

c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

4. Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?

ja nee

5. Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?

ja nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

6. Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?

ja nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

Paraaf verpleegkundige:

7. Is er een ergotherapeut betrokken?

ja nee

a. Zo ja: graag een kopie van het verslag meesturen.

b. Zo nee, waarom niet?

8. Zijn er andere behandelaren betrokken?

(zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)

ja nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

9. Omschrijf het netwerk van de verzekerde.

Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie: <https://www.venvn.nl/themas/wijkverpleging/toolbox-wijkverpleegkundigen/sociaal-maatschappelijk-participeren>

a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?

b. Is er wel een netwerk aanwezig, maar kan dit geen ondersteuning bieden? Geef een toelichting wat hiervan de reden is.

Paraaf verpleegkundige:

4. Verpleegkundige diagnose op basis van de vraagverheldering

1. Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging.

2. Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.

3. Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.

4. Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst?

ja nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

5. Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?

Paraaf verpleegkundige:

6. Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars?
(zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.).

ja nee

a. Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s).

b. Zo nee, waarom niet?

5a. Doelstellingen en interventies

Vul in deze tabel, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging³ SMART⁴ in.

Doelstelling	Interventies	PV of VP	Hoeveel tijd kost dit per interventie (uren/minuten)?	Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week	Bij welk resultaat is het doel bereikt?	Per welke datum is het doel bereikt?
--------------	--------------	----------------	--	--	--	--

3 In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

4 Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

Paraaf verpleegkundige:

5b. Evaluatie

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?

--

6. Indicatiestelling

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-pgb?

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie *
Verpleging uren / minuten per week		
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		

* Volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten

Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor Zorg in Natura?

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie *
Verpleging uren / minuten per week		
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		

* Volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten

Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:

--

Paraaf verpleegkundige:

--

7. Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Indien van toepassing: welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

Vergeet u niet deze verklaring van de arts mee te sturen.

8. Zorg aan kinderen tot 18 jaar

Indien van toepassing: welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts

Let op! De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

9. Looptijd en contactpersonen

Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot en met wanneer is deze geldig?

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
Verpleging	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persoonlijke Verzorging	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Paraaf verpleegkundige:

Met wie heeft u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Indien ja, (wettelijke) vertegenwoordiger (invullen naam en relatie tot verzekerde):

Huisarts

Erkende tolk, naam:

Overige (invullen naam en relatie tot verzekerde):

10. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo, Jeugdwet en de Wlz;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen zorg is meegenomen, die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie).

Datum

Naam verpleegkundige

Handtekening verpleegkundige

Handtekening verzekerde (uw handtekening)

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw pgb.

Paraaf verpleegkundige:

DEEL 2: Verzekerde deel

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.¹

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Zvw-pgb 2020 te raadplegen.

Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

1. Gegevens verzekerde

Achternaam: _____

Voorletters: _____ de heer mevrouw

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Polisnummerr: _____

2. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld. Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam: _____

Voorletters: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer: _____

Relatie tot verzekerde: _____

Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is

Naam organisatie: _____

KvK nummer organisatie: _____

Postcode en plaats: _____

Contactpersoon: _____

Telefoonnummer: _____

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag?

- Ik heb voor het eerst verpleging/verzorging nodig en vraag daarvoor een pgb aan.
- Ik ontvang reeds verpleging/verzorging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb.
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af. (U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik verander van zorgaanbieder(s).
(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd. (U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen).
- Ik ben overgestapt van verzekeraar.

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging/verzorging van een gecontracteerde aanbieder?

- Nee
- Ja, van : _____

5. Waarom wilt u een Zvw-rgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder.

6. Door wie wordt de zorg nu verleend en/of wie gaat de zorg verlenen?

Beschrijf welke zorg er al (vrijwillig) verleend wordt en welke zorg er (vrijwillig) verleend zal worden, zoals:

- zorg die ouders verlenen aan hun kind of kinderen aan hun ouders;
- zorg die door het eigen cliëntnetwerk verleend wordt;
- overname van zorg vanuit het Zvw-rgb;
- overname van zorg vanuit ZiN;
- de uitvoering van mogelijke voorbehouden en/of risicovolle handelingen vanuit het Zvw-rgb;
- de borging van de kwaliteit van de zorg.

7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vul in onderstaand schema in wie u als zorgverlener wilt inhuren.¹

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB code ²
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____

¹ Zie bijlage met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

² U hoeft geen AGB code of KvK nummer in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad
of

als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener
(die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)
of

als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven
in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 onder punt 6. Indicatiestelling van het aanvraagformulier.

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	pgb Ja/nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Totaal aantal uren / minuten	_____ / _____	_____ / _____	

In de vorige tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb. Maakt u, of zijn er naast deze pgb afspraken, ook afspraken met Zorg in natura aanbieders?

Ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken):

Nee

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk³ Ik wil mijn pgb in laten gaan op _____ - _____ - _____ (DD-MM-JJJJ)⁴

³ Het pgb gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) heeft ontvangen en beoordeeld.

⁴ Deze datum kan niet vallen voor de onderteken datum van aanvraag Deel 1 en aanvraag Deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend bij de verzekeraar binnen zijn.

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

9. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1. Verpleegkundige deel (deel 1)
2. Verzekerde deel (deel 2)
3. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
4. Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
5. Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (indien van toepassing).

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het op moment van aanvraag geldende Reglement Zvw-pgb van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap, en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het op moment van aanvraag geldende Reglement Zvw-pgb 2020;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien de zorgverzekeraar daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor Aevitae belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan Aevitae.

Datum

Naam verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ⁵

Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ⁶

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger ⁷

Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Aevitae

T.a.v. Medische Garanties

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

Als het aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb) niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.

⁵ Vertegenwoordiger: stuur kopie identiteitsbewijs mee
Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁶ Als het van toepassing is

⁷ Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.