



OHRA Zorgverzekering

Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Gegevens aanvrager

Relatienummer	
Voorletter(s) en achternaam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoon 1	
Telefoon 2	

Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:

Verpleegadres of naam verpleeginstelling	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Worden uw woonlasten betaald vanuit de Wlz ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Door verzekerde in te vullen (vult u alstublieft het hele formulier in)

Behandeling

Waar gaat het vervoer naar toe?	Naam en volledig adres behandelaar	Hoe vaak per maand
	1.	
	2.	
Hoeveel maanden gaat de behandeling naar verwachting duren?		
Is er sprake van vervoer naar speciaal onderwijs?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Naam en volledig adres school		
Wat is de eerste datum van uw vervoer? (dd-mm-jiii)		
Van welk soort vervoer kunt u op basis van uw medische indicatie gebruik maken?		
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 <input type="checkbox"/> Nee	
Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Is begeleiding noodzakelijk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	



Beantwoord deze vraag alleen als u zich uitsluitend in een rolstoel kunt verplaatsen:

Wilt u aangeven welke hulpmiddelen u gebruikt	<input type="checkbox"/> een inklapbare rolstoel	<input type="checkbox"/> een niet-inklapbare rolstoel/elektrische rolstoel
	<input type="checkbox"/> een scootmobiel	<input type="checkbox"/> een aangepaste auto via de WMO
Let op! Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente? Stuur dan éénmalig een kopie van de WMO-beschikking mee (zonder kopie kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen).		

Beantwoord deze vraag alleen als u een beperkt gezichtsvermogen hebt:

Is er sprake van een oogoperatie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja,		
Geef de datum van het eerste consult in verband met de oogoperatie (dd-mm-jjjj)		
Geef de datum van de oogoperatie (dd-mm-jjjj)		
Is er sprake van druppels in beide ogen of injecties in het oog?	<input type="checkbox"/> druppels beide ogen	<input type="checkbox"/> injecties in het oog

Ondertekening aanvrager

Naam verzekerde	
Datum (dd-mm-jjjj)	
Plaats	
Handtekening verzekerde	
Het kan nodig zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Als u hier niet mee akkoord gaat, dan vragen wij u dit hier aan te geven	<input type="checkbox"/> Ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar



Door de arts in te vullen

Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën:	<input type="checkbox"/> Verzekerde ondergaat nierdialyse
	<input type="checkbox"/> Verzekerde krijgt oncologische behandelingen met: <input type="checkbox"/> chemotherapie <input type="checkbox"/> radiotherapie
	<input type="checkbox"/> Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
	Kan verzekerde een transfer maken? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Kan verzekerde staan? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Wat is de maximale loopafstand? _____ meter
	Is te verwachten dat de mobiliteit verbetert? <input type="checkbox"/> ja, vanaf <input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
Wat is de visusmeting met een correctie door de oogarts? OS _____ OD _____	
<input type="checkbox"/> Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden	

Medische indicatie

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk. Soort zorg:	<input type="checkbox"/> Medische indicatie
	<input type="checkbox"/> Revalidatiezorg
	<input type="checkbox"/> Geriatrische revalidatiezorg
	<input type="checkbox"/> Zintuigelijk gehandicaptenzorg
	<input type="checkbox"/> Langdurige GGZ

Beantwoord deze vraag als er sprake is van een deeltijdbehandeling

Is er sprake van een GGZ-deeltijdbehandeling? Dan deze vraag door de behandelend psychiater laten invullen.	<input type="checkbox"/> Er is sprake van ondersteunende begeleiding Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling
	<input type="checkbox"/> Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling
Is er sprake van een dag-of deeltijdbehandeling in een Wlz-instelling? Dan deze vraag door de behandelaar van de Wlz-instelling laten invullen.	Wilt u aangeven of de behandeling wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Let op! Wanneer er sprake is van een Wlz-indicatie, komen vervoerskosten niet voor rekening van de Zorgverzekeringswet.

Ondertekening arts

Naam arts/instelling	
AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist/psychiater) of stempel	
Handtekening	



Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u vooraf toestemming vragen aan OHRA. Met deze aanvraag kan OHRA bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen wij welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer moet gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt voor rekening van de Zorgverzekeringswet. Stuur het volledig ingevulde formulier naar OHRA.

Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling

U ontvangt per post een akkoordverklaring van OHRA. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van OHRA. Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring aan OHRA door te geven. Denk aan een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. OHRA voert controles uit. Als het vervoer onterecht is vergoed, vorderen wij de vergoeding terug.

Als u kiest voor een taxivervoerder zonder overeenkomst, heeft dit gevolgen voor de hoogte van uw vergoeding. Kijk op www.ohra.nl/zorgzoeker voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen heeft OHRA goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten. Voor vervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage. Ook is er sprake van verrekening met uw eigen risico. Wij adviseren u de voorwaarden goed door te lezen op www.ohra.nl/ziekenvervoer.

Dit formulier kunt u sturen naar

OHRA, Postbus 4172, 5004 JD Tilburg.

Heeft u vragen?

Dan kunt u contact opnemen met de OHRA Klantenservice, telefoonnummer 026 400 40 40.

OHRA Zorgverzekeringen N.V. KvK 27093766
OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. KvK 09067645
Deze N.V.'s behoren tot de CZ Groep te Tilburg