



# OHRA Zorgverzekering

## Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Gegevens van de aanvrager voor wie vervoer nodig is

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 a.u.b. het hele formulier in. Voor meer informatie kunt u bijgevoegde brochure Zittend Ziekenvervoer raadplegen of downloaden via [www.ohra.nl/zorgformulieren](http://www.ohra.nl/zorgformulieren). Leest u ook de toelichting op de achterkant van dit formulier!)

### Behandeling

Waar gaat het vervoer naar toe?	Naam en volledig adres behandelaar			Hoe vaak per maand	Is de enkele reis meer dan 200 km?
	1.				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	2.				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
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					
Hebt u al gebruik gemaakt van vervoer? Geef hiernaast aan welke periode waarnaartoe en hoe vaak.	Periode: van	t/m	Naar	Hoe vaak in totaal	
Wat is de eerste datum van uw vervoer?					
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, omdat			Hebt u al nota's ingediend? <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, omdat			Hebt u al nota's ingediend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
Kunt u uitsluitend reizen met een taxi?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, omdat				
Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, omdat				
Is begeleiding noodzakelijk? (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, omdat				
<b>Bij intensieve kindzorg</b>					
Door wie wordt het kind begeleid:	<input type="checkbox"/> (wijk)verpleegkundige <input type="checkbox"/> ouders				
Kan het vervoer bij intensieve kindzorg gecombineerd worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, omdat				

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 (u bestuurt deze zelf)
	<input type="checkbox"/> een aangepaste buggy via de WMO	
	<b>Let op!</b> Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente?	
	<input type="checkbox"/> Ja, stuur dan een kopie van de WMO-beschikking mee	
	<input type="checkbox"/> Nee	



**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-ijij)		
Geef de datum van de oogoperatie (dd-mm-ijij)		
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-ijij)	
Plaats	
Handtekening verzekerde	

**Let op!** Houd er rekening mee dat wij extra informatie bij u op kunnen vragen.

**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 voor een kwaadaardige aandoening chemotherapie Datum intake voor de start van de chemotherapie: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening radiotherapie Datum intake radiotherapie (uitleg over de bestraling en bepaling van het te bestralen gebied): <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Verzekerde krijgt voor een kwaadaardige aandoening immuuntherapie Datum intake voor de start van de immuuntherapie: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<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 (met hulpmiddel)? <input type="text"/> 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 <input type="text"/> OD <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Verzekerde is jonger dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat om vervoer van en naar de plaats van verzorging (verpleegkundig kinderdagverblijf)
	<input type="checkbox"/> Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden (hardheidsclausule) Dat betekent dat de patiënt totaal meer dan 1000 kilometer enkele reis aflegt over een periode van 12 maanden.



### Medische indicatie

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk.	Vul hier de medische indicatie:
Soort zorg:	<input type="checkbox"/> Revalidatiezorg <input type="checkbox"/> Geriatrische revalidatiezorg <input type="checkbox"/> Zintuigelijk gehandicaptenzorg <input type="checkbox"/> Langdurige GGZ (opname)
Wordt de behandeling vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

### Beantwoord deze vraag als er sprake is van een deeltijdbehandeling

Is er sprake van een GGZ-deeltijdbehandeling? Dan deze vraag door de behandelend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut 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
<b>Let op!</b> Wanneer er sprake is van een Wlz-indicatie of jeugd-GGZ, komen vervoerskosten niet voor rekening van de Zorgverzekeringswet.	

### Ondertekening arts

Naam arts/instelling	
AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut) 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 verblijfsadres.** 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](http://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](http://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