



Aanvraagformulier toestemming medisch specialistische revalidatiezorg

Dit formulier volledig invullen en insturen naar: National Academic | t.a.v. team Medisch Advies | Postbus 1815 | 3800 BV Amersfoort
of mailen naar medischadvies@na.nl.

Vul dit formulier volledig in. Wij nemen geen formulieren in behandeling die onvolledig zijn ingevuld.

1. Algemene informatie

Naam verzekerde

Geboortedatum

Telefoonnummer

E-mailadres

BSN

AGB-code praktijk

Startdatum DOT

Einddatum

Declaratie code(s)

DBC Zorgproductcode(s)

Diagnosecode

Naam revalidatiearts

AGB-code

Telefoonnummer

E-mailadres

2. Medisch specialistische revalidatiezorg

In te vullen door zorgverlener/arts

Revalidatiediagnose, relevante nevendiagnose(n) en onderbouwing indicatie voor MSR

Voortraject: stepped care en resultaat

In welke setting vindt de medisch specialistische revalidatie plaats (poliklinisch, klinisch) en welke disciplines zijn hierbij betrokken?



Indien er sprake is van een specifieke indicatie voor klinische behandeling, wat is de motivatie hierachter?

WPN (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland)

Vink de juiste score aan

1

2

3

4

Behandelplan en doelen

Heeft de revalidatiearts in (alle fasen van) het revalidatieproces direct arts-patiënt contact?

3. Verwijzer

Kopie van het verwijzingsformulier dient bij de aanvraag te worden meegestuurd.

Datum

Stempel behandelend arts

Handtekening behandelend arts

4. Ondertekening

Ondertekening door verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger.

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van jouw aanvraag.

Datum

Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger
