



Sturen naar: National Academic | t.a.v. Team Medisch Advies | Postbus 1815 | 3800 BV Amersfoort | medischadvies@na.nl

Toelichting Met dit formulier kan een behandeling voor de chronische indicaties uit Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekeringen worden aangevraagd. Onvolledig ingevulde en niet ondertekende aanvragen kunnen wij niet in behandeling nemen.

DEEL 1: Deel voor verwijzer Dit deel vult de verwijzer in.

1. Gegevens verzekerde

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	M/V
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekerdnummer <input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>	
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	<input type="text"/>	Verwijsdatum <input type="text"/>

2. Soort Paramedische hulp (aankruisen wat van toepassing is)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oefentherapie Cesar/Mensendieck | <input type="checkbox"/> Kinderoefentherapie | <input type="checkbox"/> Psychosomatische oefentherapie |
| <input type="checkbox"/> Reguliere fysiotherapie | <input type="checkbox"/> Kinderfysiotherapie | <input type="checkbox"/> Psychosomatische fysiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Manuele therapie | <input type="checkbox"/> Oedeemtherapie | <input type="checkbox"/> Geriatrie therapie |
| <input type="checkbox"/> Eenmalig consult | <input type="checkbox"/> Groepsbehandeling | |

3. Plaats van behandeling

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> In de praktijk | <input type="checkbox"/> In een instelling | <input type="checkbox"/> Aan huis |
|---|--|-----------------------------------|

4. Gegevens verwijzer

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>
Naam zorggroep (indien van toepassing)	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

5. Reden verwijzing t.a.v. stoornissen

6. Reden verwijzing t.a.v. beperkingen

7. Vraagstelling

8. Relevante medische gegevens

9. Voorstel aantal behandelingen / behandelfrequentie

10. Ondertekening

Datum

Handtekening en stempel arts

DEEL 2: Deel voor paramedicus

Dit deel vult de paramedicus in.

1. Gegevens zorgaanbieder

Naam

Adres

Postcode en woonplaats

AGB-code van de praktijk

Handtekening en stempel

2. Ingangsdatum behandeling

Bij status na opname:

Ontslagdatum

Bij status na bestraling:

Datum laatste bestraling

Ingangsdatum behandeling

Diagnosecode