



Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging

DEEL 1: Verpleegkundige deel

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger¹. 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:	☐ M ☐ V
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Geboortedatum:	
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 of persoonlijk:	

¹ 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 door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een **vertegenwoordiger** is een partner, 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?

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?

Paraaf verpleegkundige:

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?

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?

Paraaf verpleegkundige:

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.

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?

Paraaf verpleegkundige:

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

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?

5. 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?

5a. Evaluatie

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

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

⁵ Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget DEEL 1 verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

Paraaf verpleegkundige:

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		(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten
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?

Verpleging uren / minuten per week		(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten
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:

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.

Paraaf verpleegkundige:

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		
Persoonlijke Verzorging		

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):

Paraaf verpleegkundige:

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);
- ik het zorgplan toevoeg aan deze aanvraag.

Datum

Naam verpleegkundige

Handtekening verpleegkundige

Handtekening van diegene waarvoor
het pgb wordt aangevraagd

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 geldende Reglement Zvw-pgb te raadplegen.
Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

1. Gegevens verzekerde

Achternaam	
Voorletters	☐ M ☐ V
Geboortedatum	
BSN	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Polisnummer	

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 1^e of 2^e 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	

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

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is
Vergeet niet om de beschikking van de rechtbank mee te sturen.

Naam organisatie

KvK nummer organisatie

Postcode en plaats

Contactpersoon

Telefoonnummer

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 6 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 6 niet in te vullen)
- ☐ Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd. *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- ☐ Ik ben overgestapt van verzekeraar.

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voorafgaand aan de aanvraag wijkverpleging zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, van:

5. Waarom wilt u een pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

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

5. Waarom wilt u een pgb? (vervolg)

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-pgb;
- overname van zorg vanuit ZiN;
- de uitvoering van mogelijke voorbehouden en/of risicovolle handelingen vanuit het Zvw-pgb;
- 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.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1 ^e of 2 ^e graad	AGB code ²
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ Nee	
			☐ Ja ☐ 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 1^e of 2^e 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.

² 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

1. 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 zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
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 gecontracteerde zorgaanbieders (ZiN)?

☐ 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 ondertekendatum 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 van een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
- 4 Het Zorgplan
- 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 wettelijke 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 Reglement Zvw-pgb 2021 van National Academic;
- 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 National Academic 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 pgb vv 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 Reglement Zvw-pgb 2021;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met National Academic indien National Academic 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 National Academic 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 National Academic.

Datum

Naam verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger⁵

Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger⁶

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger⁷

Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

National Academic
T.a.v. Team Medisch Advies
Postbus 1815
3800 BV Amersfoort
medischadvies@na.nl

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 Indien van toepassing

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