



Toelichting

Om voor deze zorg in aanmerking te komen, is een verwijzing nodig of tot 1 april 2021 een geldig CIZ-indicatiebesluit voor extramurale behandeling / GZSP. Meer informatie is te vinden in de polisvoorwaarden. (art. 12)

Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Klantnummer:

Gegevens zorgvraag

Om wat voor soort zorg gaat het?

Zorg in groep voor:

- Mensen met psychogeriatrische aandoeningen zoals dementie (1004)
- Mensen met complexe somatische aandoening (1004)
- Mensen met een lichamelijke handicap (1005)
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (1005)

Is er een geldig CIZ-indicatiebesluit aanwezig voor extramurale behandeling/GZSP?

- Ja U hoeft geen verwijsbrief en behandelplan mee te sturen. U hoeft de gegevens van de verwijzer op dit formulier niet in te vullen. Stuur in plaats daarvan een kopie van het geldige CIZ-indicatiebesluit mee.
- Nee Voeg de volgende documenten toe aan uw aanvraag:
 - Verwijsbrief inclusief inzicht in het voortraject en medische reden van verwijzing
 - Behandelplan inclusief:
 - Anamnese
 - Diagnose
 - Behandeldoelen
 - Onderbouwing van de geplande activiteiten of methoden van de behandeling
 - Verwachte aantal dagdelen en termijn om doelen te behalen
 - Inzet van behandeldisciplines
 - Handtekening van verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger
 - Indien vervolgaanvraag dan ook evaluatieverslag toevoegen

Betreft uw aanvraag een vervolgaanvraag?

- Ja (vergeet niet het evaluatieverslag toe te voegen aan het behandelplan)
- Nee

Wat is de begin- en einddatum van de zorg?

Begindatum: Einddatum:

Aantal dagdelen per week:

Is er zittend ziekenvervoer nodig?

- Ja, er is vervoer nodig maar niet rolstoelafhankelijk
- Ja, er is rolstoelafhankelijk vervoer nodig
- Nee

Gegevens verwijzer

Naam verwijzer:

Telefoonnummer: E-mailadres:

Persoonlijke AGB-code: Beroep/specialisme:

Gegevens instelling waarnaar verwezen wordt

Vul hieronder de gegevens in van de locatie waar de Zorg in een Groep plaatsvindt.

Naam organisatie/instelling:

Adres: Huisnummer:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer: E-mailadres:

Locatie AGB-code:

Gegevens regiebehandelaar

Naam regiebehandelaar:

Telefoonnummer: E-mailadres:

AGB-code: BIG-code:

Waar stuurt u deze aanvraag naartoe?

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

Uw gegevens gebruiken wij uiteraard alleen voor het beoordelen van uw aanvraag en blijven binnen het medisch team.