

Algemeen aanvraagformulier voor farmacie en hulpmiddelen

Verzekerde

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M*	<input type="checkbox"/> V*
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekernummer	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>		
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>	Naam huisarts	<input type="text"/>

Aanvraag geneesmiddel of dieetpreparaat

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor medicijnen en/of voeding die niet via een specifiek aanvraagformulier aangevraagd kunnen worden. U kunt de lijst met specifieke aanvraagformulieren raadplegen op www.azivo.nl/zorgaanbieders

Naam middel

Indicatie en motivering waarvoor het middel wordt voorgeschreven

<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="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Wilt u relevante wetenschappelijke literatuur of een verwijzing naar die literatuur toevoegen aan deze aanvraag?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Dosering per dag Gewenste duur van de behandeling

Aanvraag hulpmiddel(en)

Omschrijving hulpmiddel(en)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Betreft het een herhalingsaanvraag? Nee Ja (graag de volgende vragen ook invullen)*

Datum laatste verstrekking van het hulpmiddel

Waarom dient het hulpmiddel vervangen te worden?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Let op: Voor een aantal hulpmiddelen zijn nadere voorwaarden gesteld met betrekking tot de aanvraagprocedure. Raadpleeg hiervoor uw verzekeringsvoorwaarden of www.azivo.nl/zorgaanbieders

* Aankruisen wat van toepassing is.

Verklaring behandelend (huis)arts/gespecialiseerd verpleegkundige

Behandelend (huis)arts specialist gespecialiseerd verpleegkundige*

Naam arts/verpleegkundige

Plaats

Naam ziekenhuis (indien van toepassing)

Telefoonnummer praktijk/ziekenhuis

Naam contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

M

V*

Medische diagnose/indicatie

(in te vullen door arts/gespecialiseerd verpleegkundige)

Welke beperkingen dienen door het hulpmiddel opgegeven te worden?

Ik verklaar dat de aan ommezijde genoemde verzekerde bekend is met toepassing van de aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen en dat bij gebruik een verbetering wordt bereikt die niet op eenvoudiger wijze te verkrijgen is.

Stempel behandelend arts/verpleegkundige

Handtekening behandelend arts/verpleegkundige

Datum

Ondertekening

Ondertekening door verzekerde c.q. 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 uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Deze gegevens kunnen worden gebruikt ten behoeve van het geven van opdrachten aan zorgaanbieders voor het rechtvaardigen en/of leveren van passende en/of de juiste geneesmiddelen of hulpmiddelen.

Verder verklaart ondergetekende er geen bezwaar tegen te hebben dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het verstrekken van aangevraagde geneesmiddelen en/of hulpmiddelen zo nodig aanvullende informatie bij behandelend (huis)arts, specialist of gespecialiseerd verpleegkundige kan opvragen. De gegevens worden voor geen andere doelen aangewend dan hierboven omschreven.

Datum

Handtekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

* Aankruisen wat niet van toepassing is.