

GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

Gegevens verzekerde

Persoonsgegevens verzekeringnemer

Naam verzekerde		BSN-nummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adres			Huisnummer
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	Emailadres		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Klantnummer	Geboortedatum		<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Voor meer informatie verwijzen wij u naar ons privacybeleid op onze website.

Privacy

In te vullen door verzekerde

Het kan zijn dat wij één van onze gecontracteerde zorgaanbieders vragen uw aanvraag te beoordelen.

Gaat u akkoord? Kruis dan onderstaand vakje aan en plaats uw handtekening.

<input type="checkbox"/> Ik ga AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan een gecontracteerde zorgaanbieder.	Datum	Handtekening
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wilt u niet dat wij uw aanvraag doorsturen? Leg uw aanvraag dan zelf voor aan één van onze gecontracteerde zorgaanbieders. Een gecontracteerde zorgaanbieder vindt u via onze website: www.vgz.nl/zorgadvies/vergelijk-en-kies

Paramedische hulp

In te vullen door zorgaanbieder/arts

Soort hulp:	<input type="checkbox"/> Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> Oefentherapie Cesar/Mensendieck	<input type="checkbox"/> Huidtherapie
Locatie hulp:	<input type="checkbox"/> Praktijk	<input type="checkbox"/> Aan huis	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis <input type="checkbox"/> Instelling
Vorm hulp:	<input type="checkbox"/> Individueel	<input type="checkbox"/> Groepstherapie	<input type="checkbox"/> Eenmalig consult
Is sprake van:	<input type="checkbox"/> (Dag)opname	<input type="checkbox"/> Ontslagdatum	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing		
Aantal behandelingen:	<input type="text"/>	Aantal per week:	<input type="text"/>
Diagnosecode:	<input type="text"/>		
Vervolgaanvraag	<input type="text"/>		
Ingangsdatum Behandeling	Einddatum Behandeling		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gegevens verwijzend arts

In te vullen door
verwijzend arts

Naam			
Adres		Huisnummer	
Postcode	Woonplaats		
Individuele AGB code		Handtekening of stempel	
Verwijsdatum			

Medische indicatie / diagnose

In te vullen door
behandelend arts

--

Gegevens zorgaanbieder/therapeut

Naam			
Adres		Huisnummer	
Postcode	Woonplaats		
AGB code van de Praktijk waarop gedeclareerd wordt.		Handtekening of stempel	

Versturen

Is alles correct en volledig ingevuld? Dan kunt u het Aanvraagformulier Toestemming sturen naar:

UMC

Toestemming

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven