

# AANVRAAG VOOR ZIEKENVERVOER

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan Stad Holland Zorgverzekeraar door dit ingevuld aanvraagformulier te sturen naar [info@stadholland.nl](mailto:info@stadholland.nl). Onvolledige aanvragen of aanvragen die niet zijn ingevuld door uw behandelaar worden niet in behandeling genomen.

## 1. UW GEGEVENS

Naam : \_\_\_\_\_  
Verzekerdnummer : \_\_\_\_\_ Geboortedatum : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Verblijft u in een Wlz-instelling?

Nee  Ja, naam instelling: \_\_\_\_\_

## 2. WAT IS HET REISTRAJECT?

Van Naam locatie \_\_\_\_\_ Naar Naam locatie \_\_\_\_\_  
Postcode + huisnummer \_\_\_\_\_ Postcode + huisnummer \_\_\_\_\_

*Graag de onderstaande vragen (3 t/m 6) laten invullen door uw behandelaar*

## 3. AANVRAAG VOOR VERGOEDING VAN VERVOERSKOSTEN VOOR VERZEKERDE:

- bij het ondergaan van nierdialyses in een instelling
- bij oncologische behandelingen met: (kruis aan wat van toepassing is)
  - chemotherapie  immuuntherapie  radiotherapie
- van jonger dan 18 jaar vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of aan beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- met een beperkt gezichtsvermogen waardoor verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is (slechtziendheid of blindheid):  
Visusmeting rechteroog: \_\_\_\_\_ % Visusmeting linkeroog: \_\_\_\_\_ %
- die aangewezen is op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).
- die zich uitsluitend zittend kan verplaatsen (rolstoelgebondenheid).
- die geriatrische revalidatiezorg nodig heeft.
- Overige behandelingen/zorg (hardheidsclausule).  
*(de hardheidsclausule is uitsluitend voor verzekerden die vanwege medische behandeling langdurig op vervoer zijn aangewezen)*

