

# Aanvraagformulier Verpleging & verzorging



Met dit formulier kunt u een aanvraag/wijziging doen voor verpleging & verzorging.  
Vul samen met uw wijkverpleegkundige het formulier in. Graag invullen in BLOKLETTERS.

**!** Let op: alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij in behandeling nemen.

## Gegevens verzekerde

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)		Klantnummer

## Gegevens wijkverpleegkundige

Naam wijkverpleegkundige (zoals vermeld in BIG register) die samen met u de indicatie heeft gesteld

BIG-nummer	Niveau wijkverpleegkundige (niveau 1 t/m 6)
------------	---

Naam en AGB-code zorgorganisatie van indicerende wijkverpleegkundige

AGB-code van de indicerende wijkverpleegkundige	Telefoonnummer
---	----------------

## Indicatie gegevens

### Wat is de reden van de aanvraag?

- Omdat het een eerste aanvraag betreft
- Omdat de zorgbehoefte is gewijzigd
- Omdat de bestaande toestemming is verlopen en er nog zorgbehoefte is

### Wat is de medische noodzaak van de aanvraag?

### Wat voor een type zorg betreft het?

- Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
- Palliatief terminale zorg (PTZ)
- Zorg korter dan 1 maand
- Zorg korter dan 3 maanden, korter dan gemiddeld 7 uur per week
- Zorg korter dan 3 maanden, langer dan gemiddeld 7 uur per week
- Zorg langer dan 3 maanden, korter dan gemiddeld 7 uur per week
- Zorg langer dan 3 maanden, langer dan gemiddeld 7 uur per week

### Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en persoonlijke verzorging per week?\*

Verpleging (1002, 1003, 1004, 1005), Verzorging (1000, 1001) en Kindzorg (1039, 1040, 1049)\*\*

Prestatiecode                      Begindatum (dd-mm-jjjj)                      Einddatum (dd-mm-jjjj)                      Minuten per week

Prestatiecode                      Begindatum (dd-mm-jjjj)                      Einddatum (dd-mm-jjjj)                      Minuten per week

Prestatiecode                      Begindatum (dd-mm-jjjj)                      Einddatum (dd-mm-jjjj)                      Minuten per week

Prestatiecode                      Begindatum (dd-mm-jjjj)                      Einddatum (dd-mm-jjjj)                      Minuten per week

\* Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren genoteerd, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor om de aanvraag (gedeeltelijk) niet af te geven. De zorgverzekeraar geeft voor maximaal 1 jaar een toestemming af.

\*\* 1000 persoonlijke verzorging  
1001 oproepbare verzorging  
1002 verpleging  
1003 oproepbare verpleging  
1004 gespecialiseerde verpleging  
1005 advies, instructie en voorlichting  
1039 verblijf intensieve kindzorg  
1040 verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg  
1049 verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar

### Wie gaat de zorg leveren?

Is de indicerende wijkverpleegkundige ook de zorgverlener die de zorg gaat leveren?

Ja      Nee

Bij nee:

Zorgorganisatie/ zorgverlener	Praktijk AGB-Code	Persoonlijke AGB-Code	Verpleging aantal minuten per week	Verzorging aantal minuten per week
----------------------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

## Verklaring door verzekerde

---

Ik verklaar dat:

- de inhoud van het zorgplan met mij, in mijn eigen thuissituatie, is besproken met de wijkverpleegkundige
- de wijkverpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken
- ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de aanvraag uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan de zorgverzekeraar in de vorm van een nieuwe aanvraag
- ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn aanvraag
- ik er mee in stem dat de zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende wijkverpleegkundige, mijn huisarts en/of medisch specialist(en) om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag voor verpleging & verzorging op te vragen en in te zien
- ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz)
- ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan de zorgverzekeraar, indien de zorgverzekeraar daarom vraagt
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig naar waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen
- ik weet dat verzwijging van de voor de zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt

Naam verzekerde

Datum (dd-mm-jjjj)

## Verklaring door wijkverpleegkundige

---

Ik verklaar dat:

- de zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet
- ik indien nodig, tijdig (uiterlijk 4 weken van tevoren en in geval van PTZ 2 weken van tevoren) een nieuwe aanvraag of wijziging indien voor de verzekerde
- de verzekerde niet in het bezit is van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz)
- ik bereid ben om de zorgvraag nader toe te lichten aan de zorgverzekeraar, indien de zorgverzekeraar daarom vraagt
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig naar waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen
- ik weet dat verzwijging van de voor de zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt

Naam wijkverpleegkundige

Datum (dd-mm-jjjj)

## Zo maakt u de aanvraag compleet

---

**In alle gevallen dient u de volgende stukken bij te voegen:**

- Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar de zorgverzekeraar)

**Is er sprake van zorg langer dan 1 maand en meer dan gemiddeld 7 uur per week?**

**Dan ontvangen wij ook graag:**

- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader)

**In alle gevallen van verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar dient u de volgende stukken bij te voegen:**

- Diploma kinderverpleegkundige van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar de zorgverzekeraar) of de eventuele kinderaantekening

**Is er sprake van verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar van gemiddeld meer dan 7 uur per week?**

**Dan ontvangen wij ook graag:**

- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader)

**Is er sprake van palliatief terminale zorg (PTZ) van gemiddeld meer dan 12,6 uur per dag (meer dan 90 uur per week)?**

**Dan ontvangen wij ook graag:**

- Verklaring van een beperkte levensverwachting (minder dan 3 maanden) door de huisarts of medisch specialist
- Een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en verzekerde), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader)

---

U kunt het volledig ingevulde formulier opsturen naar (postzegel nodig):

**Univé Verzekeringen**

T.a.v. Team machtigingen Verzorging en Verpleging

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven