Aanvraag voor Ziekenvervoer

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient u vooraf toestemming te vragen door dit ingevuld aanvraagformulier te sturen via het contactformulier. Onvolledige aanvragen of aanvragen die niet zijn ingevuld door uw behandelaar worden niet in behandeling genomen.

1. Uw gegevens

Naam _____ BSN nummer _____

Geboortedatum ____-____-_____

Naam contactpersoon _____ Tel. contactpersoon _____

2. Wat is uw 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

Spoedeisende zorg
Zwangerschap en bevalling
Kinderen; vervoer een kind onder de leeftijd van 6 weken
Bijzondere omstandigheden
Serievervoer, zoals nierdialyse of een oncologische behandeling
TBC
Langdurig aangewezen op vervoer door lichamelijk handicap
GGZ-problematiek

Zie bijlage 6 van de Regeling Medische zorg Oekraïne

4. Medische verklaring behandelaar (verplicht invullen)

---

5. Welk soort vervoer is noodzakelijk?

Taxi Rolstoeltaxi Openbaar vervoer Eigen vervoer

Neemt u een rollator of een ander hulpmiddel mee? Ja Anders, namelijk _____

Is begeleiding tijdens vervoer medisch noodzakelijk? Ja Nee

6. Hoe vaak moet de verzekerde vervoerd worden naar de locatie?

_____ x per week _____ x per maand Totaal aantal keer: _____

Wat is de (verwachte) behandelperiode? _____ maanden

Ingangdatum vervoer: ___ - ___ - _____
(verwachte) einddatum vervoer: ___ - ___ - _____

Handtekening behandelaar: _____

Naam behandelaar: _____

Datum: _____

Administratie RMO
Postbus 84 3100 AB Schiedam T 010 - 2 422 621 www.rmoekraine.nl