



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging

Wilt u een pgb aanvragen of een nieuwe indicatie?

Vul dan dit formulier in en stuur het naar ons op.

1: Wie vult het formulier in?

Deel 1 van het formulier, voor de verpleegkundige, wordt ingevuld door de wijkverpleegkundige.

Deel 2 van het formulier, voor de deelnemer, vult u zelf in.

2: Verzamel vooraf deze informatie om het formulier in te vullen

- Gegevens van een wijkverpleegkundige BIG geregistreerd + niveau 5
- Een medicijnenlijst (op te vragen bij de huisarts)
- Een overzicht van uw gezondheidsproblemen waarvoor u een pgb aanvraag doet (op te vragen bij de huisarts)
- Een geldig identiteitsbewijs
- Uw SZVK pas
- Een overzicht van degene(n) die de zorg gaan leveren en hun vervanging als ze afwezig zijn.
Naam en adres en indien van toepassing: AGB code
- Gegevens van voogd, curator, mentor of bewindvoerder en kopie beschikking van de rechtbank of van de notariële akte (indien van toepassing)
- Verklaring van de arts in geval van Palliatief Terminale Zorg

3: Stuur het formulier naar ons op

Hieronder vindt u een checklist van wat u opstuurt naar ons.

- Deel 1 van het formulier; voor de verpleegkundige**
- Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg
- Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier (alleen als u hiervoor toestemming hebt gegeven). Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur
- Deel 2 van het formulier; voor de deelnemer**
- Kopie van de uitspraak van de rechtbank over de vertegenwoordiging (indien van toepassing)
Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte
- Een verwijzing van uw militair arts (verwijskaart)

Stuur de aanvraag (met postzegel) naar:

SZVK
Postbus 25031
5600 RS Eindhoven



BELANGRIJK!

Controleer voor verzending of het aanvraagformulier volledig is ingevuld en ondertekend. Wij kunnen u het snelste helpen als alles meteen goed en compleet is ingevuld.

4: U krijgt een reactie van ons

- Hebben wij nog vragen of is uw aanvraag niet compleet? Dan ontvangt u een schriftelijke reactie van ons.
- Wij bellen u op binnen 4 tot 6 weken na ontvangst om de aanvraag te bespreken.
- U krijgt daarna per post een toekenningsbrief of een afwijzingsbrief.

DEEL 1: voor de verpleegkundige

De wijkverpleegkundige komt bij u op huisbezoek en bespreekt dit formulier met u als deelnemer of met een (wettelijke) vertegenwoordiger¹. Daarna vult de wijkverpleegkundige dit deel van het formulier in. Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier is voor het dossier van de wijkverpleegkundige.

1. Gegevens deelnemer (voor wie is het pgb bedoeld)

Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> de heer <input type="checkbox"/> mevrouw
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>
BSN:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>

2. Gegevens indicerende wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register):	<input type="text"/>
Telefoonnummer waarop bereikbaar voor verzekeraar:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
BIG nummer:	<input type="text"/>
Niveau opleiding:	<input type="text"/>
Naam indicerende organisatie:	<input type="text"/>
AGB-code indicerende organisatie:	<input type="text"/>

1. Een wettelijke vertegenwoordiger:

Voor personen vanaf 18 jaar:

- Een door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder

Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die geen wettelijke vertegenwoordiger is.

Paraaf verpleegkundige:

3. Over de zorgvraag van de deelnemer (anamnese uit het zorgplan)

Is dit een aanvraag naar aanleiding van een herindicatie?

- Ja
 Nee

De zorgvraag betreft zorg voor de deelnemer langer dan één jaar

- Verpleging /verzorging voor deelnemers **vanaf** 18 jaar
 Palliatieve terminale zorg (PTZ)

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- ja, namelijk
 nee

Omschrijf het ziektebeeld van de deelnemer

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)²

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de deelnemer

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)

Omschrijf de zorgvraag voor verpleging en verzorging van de deelnemer die valt onder de aanspraak wijkverpleging.

Dit kan op 2 manieren:

1. Voeg een print bij uit het Elektronisch Cliëntendossier met daarin:
- omschrijving handelingen
 - soort (PV/VP)
 - totaal aantal uren/minuten per week
2. Vul de zorgvraag hieronder in:

Omschrijving handelingen

Soort (aanvinken wat van toepassing is)

- VP PV

- VP PV

Uren/minuten

- i** 2. Heeft de verzekerde toestemming gegeven om de anamnese uit het Elektronisch Cliëntendossier mee te sturen? Dan is het voldoende om te verwijzen naar dit dossier als de vraag daarmee tenminste helemaal beantwoord is. Geef anders een nadere toelichting in het tekstkader.

Paraaf verpleegkundige:

Omschrijving handelingen**Soort (aanvinken wat van toepassing is)****Uren/minuten** VP PV VP PV VP PV VP PV **Omschrijf de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag** Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)**Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van zorg door familie of mantelzorgers?** Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)**Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet of Wet langdurige zorg (Wlz)?³** ja, namelijk: Nee

i 3. Heeft de deelnemer een indicatie voor Wlz (Wet Langdurige Zorg)? Dan is er geen aanspraak op wijkverpleging vanuit de ziektekostenverzekering mogelijk.

Paraaf verpleegkundige:

4. Over de indicatie die door u is vastgesteld

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en/of verzorging per week.

Vermeld hier ook de zorg in natura (ZIN) bij.

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie
<input type="checkbox"/> Verpleging uren / minuten per week	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijvoorbeeld drie uur en tien minuten
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijvoorbeeld drie uur en tien minuten

Is de indicatie gewijzigd? Geef dan hier een toelichting over de gewijzigde zorgbehoefte.

Voor welke periode is deze zorg nodig? Vul de start- en einddatum in.

	Startdatum indicatie	Einddatum indicatie (tot en met)
<input type="checkbox"/> Verpleging	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)

Deelnemer zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de deelnemer, naam:

Militair Geneeskundige Dienst

Erkende tolk, naam:

Iemand anders, naam:

5. Als het om Palliatieve terminale zorg (PTZ) gaat

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

Voeg de verklaring van de arts toe waarin staat dat de deelnemer PTZ nodig heeft.

Paraaf verpleegkundige:

6. Ondertekening door de wijkverpleegkundige

Met de ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- De afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader 'Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de V&VN
- Ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie
- Er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie
- Er bij de indicatiestelling de kwaliteitsnorm 'tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg' is gehanteerd. Dit om te bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk
- De zorgbehoefte van de deelnemer in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld

Datum

Naam wijkverpleegkundige

Handtekening wijkverpleegkundige

Paraaf verpleegkundige:

DEEL 2: Deelnemers deel

Dit deel wordt door u als deelnemer ingevuld of door een (wettelijk) vertegenwoordiger. Hebt u te weinig ruimte? Voeg dan een bladzijde toe.



Lees eerst het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' voordat u het formulier invult. U vindt het reglement op onze website bij 'pgb aanvragen'

1. Gegevens deelnemer

Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> de heer <input type="checkbox"/> mevrouw
Geboortedatum:	<input type="text"/>
BSN:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Klantnummer: (Dit staat op de SZVK pas)	<input type="text"/>

2. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

A: Een wettelijke vertegenwoordiger

- Een door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder

B: Een vertegenwoordiger

Een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die geen wettelijke vertegenwoordiger is.

Hebt u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

- Ja, een wettelijk vertegenwoordiger
- Ja, een vertegenwoordiger
- Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam	<input type="text"/>
Voorletters	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode en plaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Relatie tot deelnemer	<input type="text"/>

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is:

Naam organisatie

KvK nummer organisatie

Postcode en plaats

Contactpersoon

Telefoonnummer

3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag ?

- Ik heb voor het eerst thuiszorg nodig en vraag daarvoor een pgb aan
- Ik ontvang al thuiszorg maar wil hiervoor helemaal of gedeeltelijk overstappen naar een pgb vanuit de ziektekostenverzekering
- Ik ontvang al een pgb vanuit mijn ziektekostenverzekering en mijn indicatie loopt af *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik verander van zorgverlener(s)
*(U hoeft aanvraagformulier pgb deel 1; voor de verpleegkundige niet opnieuw in te laten vullen en op te sturen.
En u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik ontvang al een pgb vanuit de ziektekostenverzekering en mijn zorgbehoefte is veranderd *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*

4. Gecontracteerde zorgverlener

Krijgt u op dit moment al thuiszorg van een thuiszorgorganisatie?

Nee

Ja, naam thuiszorg:

Is dit een gecontracteerde zorgverlener? *(Een gecontracteerde zorgverlener is een zorgverlener waarmee de ziektekostenverzekeraar een contract heeft)*

Ja Nee

5. Waarom vraagt u een pgb aan?

Vul hieronder kort in:

- A: Waarom u een pgb wilt.
- B: Hebt u overwogen om de thuiszorg waarvoor u de aanvraag doet via een gecontracteerde zorgverlener aan te vragen? En waarom hebt u dat niet gedaan.

A:

B:

6. Hoe gaat u de zorg regelen?

Vul hieronder in bij welke zorgverlener(s) u de zorg wilt inkopen. En wie deze zorgverlener vervangt als diegene afwezig is bij ziekte of vakantie. Vul ook het totaal aantal uren in dat u deze zorg inkoopt bij welke zorgverlener. De wijkverpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte per week aangegeven in deel 1 van dit formulier bij vraag 3. Deze uren verdeelt u onder uw zorgverleners.

i 1: De zorgverlener

Hier vult u de naam en het adres in van de zorgverlener waar u de zorg inkoopt. Dit kan zijn:

- Een formele zorgverlener: met een registratie als officieel zorgverlener, geen familielid van u
- Een informele zorgverlener: familielid of kennis

2: Bloed- of aanverwant

Dit is een bloed- of aanverwant van u in de 1e of 2e graad.

3: AGB-code

U hoeft geen AGB code of KvK nummer in te vullen:

- Als uw zorgverlener uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad
- Als er sprake is van een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)
- Als uw zorgverlener niet als zorgverlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel

Voor alle andere zorgverleners vult u wel een AGB-code in. De AGB code kunt u bij uw zorgverlener opvragen. Heeft u zorgverlener geen AGB-code, dan is deze mogelijk bij Vektis op te vragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl. De AGB-code is een code die aantoont dat uw zorgverlener de juiste kwalificaties heeft om zorg te leveren.

4: Persoonlijke verzorging

Hier vult u het aantal uren en minuten persoonlijke verzorging per week in.

5: Verpleging

Hier vult u het aantal uren en minuten verpleging per week in. Tip: Check of het totaal aantal uren bij kolom 4 en 5 gelijk is aan de indicatie van de wijkverpleegkundige in deel 1, vraag 3 van dit aanvraagformulier.

6. Pgb

Geef hier aan of u de zorgverlener betaalt met uw pgb. Maakt u gedeeltelijk gebruik van een gecontracteerde zorgverlener dan vult u hier 'nee' in. Deze zorgverlener kan de kosten namelijk rechtstreeks declareren bij de ziektekostenverzekeraar.

1: De zorgverlener	2: Bloed- of aanverwante	3: AGB code	4: Persoonlijke verzorging	5: Verpleging	6: Pgb
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

1: De zorgverlener**2: Bloed- of
aanverwante****3: AGB code****4: Persoonlijke
verzorging****5: Verpleging****6: Pgb**

Naam en adres:

- Ja
 Nee

uren en
 minuten
per week

uren en
 minuten
per week

- Ja
 Nee

Naam en adres:

- Ja
 Nee

uren en
 minuten
per week

uren en
 minuten
per week

- Ja
 Nee

Totaal aantal uren en minuten per week

Totaal:
 uren en
 minuten
per week

Totaal:
 uren en
 minuten
per week

Naam en adres vervanger:

- Ja
 Nee

Naam en adres vervanger:

- Ja
 Nee

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk⁴

Ik wil mijn Pgb in laten gaan op: - - (DD-MM-JJJJ)

Beschrijf hoe u uw zorg wilt regelen.

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

i 4. In geval van goedkeuring is de vroegst mogelijke ingangsdatum van de pgb de datum waarop de verzekeraar de aanvraag heeft ontvangen.

7. Ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- Ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018 van mijn ziektekostenverzekeraar
- Ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met deze aanvraag
- De vastgestelde zorgbehoefte in deel 1 van de aanvraag met mij is besproken
- Ik naast de meegestuurde indicatie geen andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuishouding (conform art. 2.10 Bzv) heb
- Ik er mee instem dat mijn ziektekostenverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist. Dit om mijn (medische) gegevens voor deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien
- Ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Zoals contracten afsluiten met zorgverleners, taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op het nakomen van zorgovereenkomsten
- Ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger een goede keuze te maken voor werkgeverschap. En te zorgen dat ik verantwoorde zorg krijg door de zorgverleners goed aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te laten stemmen
- Ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz)
- Op de hoogte ben van de aan deelnemer gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het artikel 7.3.1. van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden SZVK 2018
- Mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een (telefonisch) Bewust keuze gesprek te voeren met de ziektekostenverzekeraar als die daarom vraagt
- Ik alle gegevens naar beste weten, juist en naar waarheid heb ingevuld. En dat ik alle bijzonderheden over deze aanvraag heb vermeld
- Ik weet dat verzwijging van belangrijke feiten of onjuist/onvolledig invullen van dit formulier voor de ziektekostenverzekeraar, ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt
- Ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan de ziektekostenverzekeraar

Datum

Naam deelnemer

(en wettelijk vertegenwoordiger)

Handtekening deelnemer

(en wettelijk vertegenwoordiger)