



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

# Aanvraagformulier Toestemming

## Gegevens verzekerde

Vul hier de gegevens in van de verzekeringsnemer.

Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adres			Huisnummer
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Telefoonnummer	Emailadres		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Burgerservicenummer (BSN)			
<input type="text"/>			
Klantnummer			
<input type="text"/>			
Vervolgaanvraag			
<input type="text"/>			
Ingangsdatum	Einddatum		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### Burgerservicenummer

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs of salarisspecificatie.

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Meer informatie vindt u in ons privacybeleid op onze website.

## Farmacie

In te vullen door zorgverlener / militair arts (tenzij anders vermeld)

Omschrijving:

## Paramedische hulp

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"/> in instelling
Vorm hulp:	<input type="checkbox"/> individueel	<input type="checkbox"/> groepstherapie	<input type="checkbox"/> eenmalig consult
Is er sprake van:	<input type="checkbox"/> (dag)opname	<input type="checkbox"/> ontslagdatum	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing		
Aantal behandelingen	Aantal per week	Ingangsdatum	Diagnosecode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Privacy

Het kan zijn dat wij één van onze gecontracteerde zorgverleners vragen uw aanvraag te beoordelen. Wilt u niet dat wij uw aanvraag doorsturen? Stuur deze aanvraag dan niet naar ons, maar leg deze zelf voor aan één van onze gecontracteerde zorgverleners. Mogen wij uw aanvraag wel doorsturen? Kruis dan alstublieft het vakje hieronder aan.

Ik ga AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan een gecontracteerde zorgverlener.

Datum	Handtekening
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Hulpmiddelen

Omschrijving/gewenste voorziening of hulpmiddel:

Positie hulpmiddel:

Reparatie

Aanpassing

Cliq code

Indicatie/diagnose:

Ongeval?:

Nee

Ja

Toelichting:

Nadere gegevens:

Stuurt u een aparte verwijzing mee?

Nee

Ja

## Gegevens verwijzer/aanvrager

Voorletters

Tussenvoegsel

Achternaam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

## Gegevens zorgverlener/aanvrager

In te vullen door SZVK

Voorletters

Tussenvoegsel

Achternaam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

Is alles correct en volledig ingevuld? Dan kunt u het Aanvraagformulier Toestemming sturen naar  
SZVK  
Postbus 25031  
5600 RS Eindhoven

## Advies

In te vullen door SZVK

Advies/opmerkingen medisch adviseur:

--

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

SZVK  
Postbus 25031  
5600 RS Eindhoven

Geboortedatum

--	--	--	--

Woonplaats

--

De in dit formulier verstrekte persoonsgegevens en de nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de in opdracht van de SZVK door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing.

**Dit formulier opsturen naar: SZVK, Postbus 25031, 5600 RS EINDHOVEN**