**Aanvraag / machtigingsformulier van het verstrekken van hulpmiddelen (door de specialist ingevuld)  
*We verzoeken u de adresgegevens goed te controleren en het formulier volledig in te vullen.***

**Vul de gegevens in van de verzekerde:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Voorletters en achternaam: | Voorletters en achternaam | Man | Vrouw |
| Straat en huisnummer: | Straat en huisnummer | BSN nummer: | BSN nummer |
| Postcode: | Postcode | Datum: | Datum |
| Woonplaats: | Woonplaats | Zorgverzekeraar: | Zorgverzekeraar |
| Geboortedatum: | Geboortedatum | Polisnummer: | Polisnummer |
| Telefoonnummer: | Telefoonnummer |  | |

**Het hulpmiddel wordt langer dan 6 weken gebruikt (Vink de juiste antwoorden aan):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vraag 1 De verzekerde doet voor de eerste keer een aanvraag voor verbandschoen(en): | | | Ja (ga door naar vraag 3) | | | Nee |
| Vraag 2 Indien vraag 1 een ‘Nee’ is dan geldt het volgende: de verzekerde heeft langer dan 6 maanden geleden een eerste verstrekking gehad: | | | Ja (ga door naar vraag 3) | | | Nee |
| Opmerking Indien vraag 2 een ‘Nee’ is dan geldt dat er geen recht op vergoeding is vanuit de basisverzekering van de verbandschoen(en)conform het reglement uit het jaar 2020. | | | | | | |
| Vraag 3 Is de klant op de hoogte van levering en het doel van het dragen van de verbandschoen(en)? | | | Ja | | | Nee |
| Op welk e-mailadres kunnen wij de verzending van het pakket doorgeven? | | | E-mailadres | | | |
| Verbandschoen(en) gewenst voor: | | | Linkervoet  Ja  Nee | | Rechtervoet  Ja  Nee | |
| Opmerking Een nieuwe aanvraag van de verbandschoen(en) kunt u doen ná 6 maanden. Vaak kan dit zonder weer het aanvraagformulier in te vullen. U kunt rechtstreeks contact opnemen met de orthopedische schoenmaker waar de verbandschoen(en) zijn geleverd. | | | | | | |
| Diagnose / Medische indicatie (Vink aan de juiste indicatie) | Traumatische beschadigingen | Sensibiliteit- en circulatiestoornissen | | Operatieve ingrepen aan de voet | | |
| Huiddefecten | Partiële amputaties | | Huidulcera | | |
| Is er een andere indicatie dan hierboven omschreven? Dan is er géén recht op een vergoeding. | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam en telefoonnummer van behandelend arts / voorschrijver: | Naam | Telefoonnummer |
| Plaats hiernaast evt. stempel van specialist: |  | |

**Onderstaande is in te vullen door de orthopedische schoenmaker (of een stempel):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Voorletters en achternaam: | Voorletters en achternaam | Postcode: | Postcode |
| Straat en huisnummer: | Straat en huisnummer | Vestigingsplaats: | Vestigingsplaats |
| Datum: | Datum | Plaats hiernaast evt. stempel: |  |
| Opmerking Indien u bent verzekerd bij iptiQ, StadHolland, InTwente of National Academic dan is een stempel van de specialist gewenst!  Voor andere zorgverzekeraars geldt het voorschrijven door de huisarts. Indien u bent verzekerd bij De Friesland, ONVZ, PNOzorg, VvAA en HEMA dan mag de gespecialiseerd verpleegkundige voorschrijven. | | | |