Aanvraag / machtigingsformulier van het verstrekken van hulpmiddelen (door de gespecialiseerd verpleegkundige, huisarts of specialist ingevuld)

We verzoeken u de adresgegevens goed te controleren en het formulier volledig in te vullen.

Ondertekende arts verzoekt een machtiging voor:

Naam: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Postcode: _ _ _ _ _ _ Geboortedatum: _ _ _ _ _ Woonplaats: _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Tel nr: _ _ _ _ _ _ _ _ Man / vrouw: _ _ _ _ _ _ _ BSN nummer: _ _ _ _ _ _ _ _ _

Verzekerde / klantnummer: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Datum: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Het hulpmiddel wordt langer dan 6 weken gebruikt (omcirkel het juiste antwoord en streep het foute antwoord door)

1) De verzekerde doet voor de eerste keer een aanvraag voor verbandschoen(en):
Ja / Nee (indien '**Ja**' ga door naar stap 4)

2) Indien vraag 1 een '**Nee**' is dan geldt het volgende: de verzekerde heeft langer dan 6 maanden geleden een eerste verstrekking gehad. **Ja / Nee** (indien '**Ja**' ga door naar stap 4)

3) 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.

4) 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?: _

5) Verbandschoen(en): (omcirkel het juiste antwoord en streep het foute antwoord door)
Linkervoet: **Ja / Nee** Rechtervoet: **Ja / Nee**

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 (omcirkel de juiste indicatie)

Traumatische beschadigingen	Sensibiliteit- en circulatiestoornissen	Operatieve ingrepen aan de voet
Huiddefecten	Partiële amputaties	Huidulcera

Naam / stempel specialist / behandelend arts / voorschrijver

_ _
_ _
Telefoonnummer : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Is er een andere indicatie dan hierboven omschreven? Dan is er geen recht op een vergoeding.

Onderstaande is in te vullen door de orthopedische schoenmaker (of een stempel)
Naam: _
Straat en huisnummer: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Postcode: _
Vestigingsplaats: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Datum: _

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.