

## 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.**

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