

Aanvraagformulier verbandschoen

Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen en vergoed

Vul de gegevens in van de verzekerde:

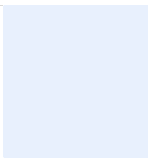
Voorletters en achternaam	Voorletters en achternaam	☐ Man	☐ Vrouw:	☐ Anders:
Straat en huisnummer:	Straat en huisnummer	BSN nummer:	BSN nummer	
Postcode:	Postcode	Datum aanvraag:	Datum	
Woonplaats:	Woonplaats	Zorgverzekeraar:	Zorgverzekeraar	
Geboortedatum:	Geboortedatum	Polisnummer:	Polisnummer	
Telefoonnummer:	Telefoonnummer			
Afwijkend bezorgadres:	Straat en huisnummer	Uw e-mailadres (voor het volgen van de zending)	e-mailadres is verplicht	

Hulpmiddel wordt langer dan 6 weken gebruikt (Vink de juiste antwoorden duidelijk en volledig aan)

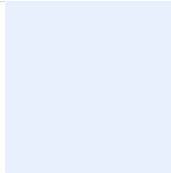
<u>Vraag 1</u> Heeft de patiënt behoefte aan een Type A of Type B verbandschoen?			
Type A REBACARE® verbandschoen (maat 36 t/m 45) Kleine transfers om mobiliteit te behouden	☐ Ja ☐ Nee	Linkervoet ☐ Ja ☐ Nee	Rechtervoet ☐ Ja ☐ Nee
Type B Verbandschoen – tevens voor buitengebruik (geen REBACARE®) Vink hiernaast in de kolom de juiste maat aan. Let op: dit is meestal één maat groter dan de eigen maat)	☐ Ja ☐ Nee ☐ Maat 36 ☐ Maat 41 ☐ Maat 37 ☐ Maat 42 ☐ Maat 38 ☐ Maat 43 ☐ Maat 39 ☐ Maat 44 ☐ Maat 40 ☐ Maat 45	Linkervoet ☐ Ja ☐ Nee	Rechtervoet ☐ Ja ☐ Nee
<u>Vraag 2</u> Ongeacht het Type A of Type B verbandschoen doet de verzekerde patiënt voor de eerste keer een aanvraag voor verbandschoen(en)		☐ Ja Ga door naar vraag 4	☐ Nee Ga door naar vraag 3
<u>Vraag 3</u> Indien vraag 1 een 'Nee' is. Is de vorige verstrekking langer dan 6 maand geleden?		☐ Ja Ga door naar vraag 4	☐ Nee Geen vergoeding mogelijk. Zie opmerking hieronder

<u>Opmerking</u> 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 2025.		
<u>Vraag 4</u> Is het doel en de levering (per post) van de verbandschoen besproken met patiënt?	☐ Ja Ga door naar vraag 5	☐ Nee Geen levering
<u>Vraag 5</u> Is patiënt op de hoogte dat retournering voor eigen rekening is en dat het product ivm hygiënische redenen ongeopend moet zijn?	☐ Ja	☐ Nee Geen levering

Indicatie / medische indicatie

Vink de juiste indicatie aan:		
☐ Traumatische beschadigingen	☐ Sensibiliteit- en circulatiestoornissen	☐ Operatieve ingrepen aan de voet
☐ Huiddefecten	☐ Partiële amputaties	☐ Huidulcera
<u>Opmerking</u> Is er een andere indicatie dan hierboven omschreven? Dan is er géén recht op vergoeding.		
Naam en telefoonnummer van behandelend arts / voorschrijver:	Voorletters en achternaam	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:			
<u>Opmerkingen</u> Indien u bent verzekerd bij, 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 (of wond) verpleegkundige voorschrijven. 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.			