**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)***

|  |
| --- |
| Vraag 1Heeft 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 42[ ]  Maat 37 [ ]  Maat 43[ ]  Maat 38 [ ]  Maat 44[ ]  Maat 39 [ ]  Maat 45[ ]  Maat 40 [ ]  Maat 46 [ ]  Maat 41 [ ]  Maat 47  | Linkervoet[ ]  Ja [ ]  Nee | Rechtervoet[ ]  Ja [ ]  Nee |
| Vraag 2Ongeacht het Type A of Type B verbandschoen doet de verzekerde patiënt voor de eerste keer een aanvraag voor verbandschoen(en)  | [ ]  JaGa door naar vraag 4 | [ ]  NeeGa door naar vraag 3 |
| Vraag 3Indien vraag 1 een ‘Nee’ is. Is de vorige verstrekking langer dan 6 maand geleden?  | [ ]  JaGa door naar vraag 4 | [ ]  NeeGeen vergoeding mogelijk. Zie opmerking hieronder |
| OpmerkingIndien 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.  |
| Vraag 4Is het doel en de levering (per post) van de verbandschoen besproken met patiënt?  | [ ]  JaGa door naar vraag 5 | [ ]  NeeGeen levering |
| Vraag 5Is patiënt op de hoogte dat retournering voor eigen rekening is en dat het product i.v.m. hygiëne niet mag worden geretourneerd?  | [ ]  Ja | [ ]  NeeGeen levering |

Indicatie / medische indicatie

|  |
| --- |
| **Vink de juiste indicatie aan:** |
| [ ]  Traumatische beschadigingen | [ ]  Sensibiliteit- en circulatiestoornissen | [ ]  Operatieve ingrepen aan de voet |
| [ ]  Huiddefecten | [ ]  Partiële amputaties | [ ]  Huidulcera |
| OpmerkingIs 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: |  |
| OpmerkingenIndien u bent verzekerd bij National Academic of iptiQ dan is een stempel van de specialist voldoende. Indien u bent verzekerd bij De Friesland, ONVZ, PNOzorg, VvAA of HEMA dan is een stempel van de huisarts, gespecialiseerd verpleegkundige of wondverpleegkundige voldoende. Voor andere zorgverzekeraars geldt het voorschrijven door de huisarts als voorschrijver.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. |