**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 1 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 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 2 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 |
| Vraag 3 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 |
| 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 2025. | | | |
| Vraag 4 Is het doel en de levering (per post) van de verbandschoen besproken met patiënt? | | Ja Ga door naar vraag 5 | Nee Geen levering |
| Vraag 5 Is patiënt op de hoogte dat retournering voor eigen rekening is en dat het product i.v.m. hygiëne niet mag worden geretourneerd? | | 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 |
| Opmerking 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: | |  | |
| Opmerkingen Indien 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. | | | |