

Vraag 1 tot en met 4 in te vullen door de verzekerde.

1 Verzekerde voor wie het hulpmiddel wordt aangevraagd

Burgerservicenummer

Relatienummer

Naam

Voorletters

Straatnaam/huisnummer

Postcode/Woonplaats

Telefoon overdag

Geboortedatum

Geslacht

man

vrouw

2 Aangevraagd hulpmiddel

Omschrijving hulpmiddel/
soort apparaat

Voor een aantal hulpmiddelen is geen machtiging vereist. Zie checklist voor aanvullende informatie.

2a Wordt er nu gebruik gemaakt van de uitleenservice van de thuiszorg? ja nee

Zo ja, wanneer is de

uitleentermijn gestart?

Zo nee, ga naar 2b

2b Aantal

Is dit hulpmiddel al eerder aangeschaft?

ja

nee

Zo ja, op welke datum en

waarom wordt dit hulpmiddel

opnieuw aangevraagd?

Door wie werd dit middel

eerder geleverd?

Zo nee, ga naar 3

3 Leverancier welke door Achmea gemachtigd dient te worden

Naam leverancier

Straatnaam/huisnummer

Postcode/plaats van vestiging

Telefoonnummer

Heeft uw leverancier een contract met Achmea?

ja

nee

Dit kunt u navragen bij uw leverancier of onze klantenservice. U kunt het ook opzoeken op de website van uw zorgverzekeraar.

Als u in het bezit bent van een recente offerte, stuurt u deze dan mee.

4 Ondertekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de noodzakelijke gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens gebruiken wij voor het geven van opdrachten aan leveranciers voor het vervaardigen van passende en/of de juiste hulpmiddelen. Deze gegevens zullen voor geen ander doel worden aangewend dan voor het hier omschreven doel.

Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van uw aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van preventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Achmea, Postbus 444, 2300 AK Leiden.

Datum

Handtekening

Laat nu de behandelend huisarts/specialist de achterzijde van dit formulier invullen.

Let op! Na het invullen van het formulier is het belangrijk dat u de bijgesloten checklist doorneemt.

In te vullen door de behandelend arts

Verklaring behandelend huisarts/specialist

Behandelend huisarts/specialist

Naam

Woonplaats

Telefoonnummer praktijk

Diagnose/indicatie

Wat is uw diagnose/indicatie

Ondertekening behandelend huisarts/specialist

Ik verklaar dat de aan ommezijde genoemde verzekerde bekend is met de toepassing van het aangevraagde hulpmiddel en dat bij gebruik een verbetering wordt bereikt die niet op eenvoudiger wijze is te verkrijgen.

Datum

Handtekening en naamstempel

Checklist na het invullen van het formulier.

Zijn alle gegevens op het formulier ingevuld door de verzekerde en door de voorschrijvend arts? Een niet volledig ingevuld formulier nemen wij niet in behandeling.

Let op! Onderstaande is belangrijk!

Heeft u een aanvraag voor een aan functie aangepaste stoel, een trippelstoel, een hoog-laag bed of persoonsalarmering, neemt u dan contact op met de hulpmiddelenlijn. Uw aanvraag wordt telefonisch beoordeeld.

Het telefoonnummer van de hulpmiddelenlijn is **0900 - 200 80 10**.

Als u een aanvraag heeft voor een van onderstaande hulpmiddelen, heeft u geen machtiging van Achmea nodig. U kunt met de aanvraag direct naar een gecontracteerde leverancier van Achmea gaan. Zij beoordelen of u in aanmerking komt voor een hulpmiddel en zorgen, indien akkoord, vervolgens voor levering en de declaratie van het hulpmiddel. De gegevens van de gecontracteerde leveranciers vindt u op onze internetsite.

- | | |
|--|--|
| - Allergeenvrije schoenen | - Oogprothese |
| - Anti decubitus materiaal | - Orthese |
| - Beeldschermloep
(TV loep, niet zijnde een vergrotingsvoorzetscherm) | - Orthopedisch schoeisel |
| - Blindentaststok | - PEP masker & Flutter |
| - Borstprothese | - Prothesen |
| - BIPAP/CPAP apparatuur | - Pruiken |
| - Blaasspoelvlloeistoffen | - Ringleiding, infrarood & FM-apparatuur |
| - Cathetermateriaal | - Rollator |
| - Daisyspeler | - Solo apparatuur |
| - Diabetestestmateriaal | - Stemprothese/spraakversterker |
| - Elastische kousen | - Stomamateriaal |
| - Hoortoestellen/tinnitusmaskeerder | - Tens apparatuur |
| - Incontinentiemateriaal (voor kinderen in de leeftijd van 3 tot en met 5 jaar moet wel een machtiging worden aangevraagd) | - Trachea-stoma materiaal |
| - Infuuspomp | - UVB lichttherapie |
| - Insulinepomp | - Verbandmiddelen |
| - Loophulpmiddelen (vierpoot, eifel, driepoot, krukken) | - Verbandschoenen |
| | - Vernevelaar |
| | - Zuurstof |

Heeft u een hulpmiddel nodig dat niet in de lijst staat dan kunt u het ingevulde aanvraagformulier sturen naar:

Zilveren Kruis Achmea, DVZ of Interpolis
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

Avéro
Postbus 59005
1040 KA Amsterdam

FBTO
Postbus 318
8901 BC Leeuwarden

OZF
Postbus 94
7550 AB Hengelo

Deze checklist hoeft u niet mee te sturen.