

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (071) 751 00 51 van 08.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 08:00 tot 13:00 uur.

Tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing worden per 01-01-2019 vergoed.
Declareer uw tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing na elk kwartaal.

1 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telefoon privé	<input type="text"/>	Telefoon mobiel	<input type="text"/>		
Relatienummer	<input type="text"/>	E-mailadres	<input type="text"/>		

2 Uw behandeling

Naam ziekenhuis	<input type="text"/>	Postcode+huisnr.	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	------------------	----------------------

Let op! Vul per kwartaal een nieuw formulier in.

Welk kwartaal declareert u?	<input type="checkbox"/> 1e kwartaal (1 januari t/m 31 maart)	<input type="checkbox"/> 2021	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2019
	<input type="checkbox"/> 2e kwartaal (1 april t/m 30 juni)	<input type="checkbox"/> 2021	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2019
	<input type="checkbox"/> 3e kwartaal (1 juli t/m 30 september)	<input type="checkbox"/> 2021	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2019
	<input type="checkbox"/> 4e kwartaal (1 oktober t/m 31 december)	<input type="checkbox"/> 2021	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2019

Welke vorm van thuisbeademing heeft u? Vanaf welke datum krijgt u thuisbeademing?

<input type="checkbox"/> Gemiddeld gebruik (tot 16 uur per dag)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Intensief gebruik (17 uur tot 24 uur per dag)	

Heeft u in het opgegeven kwartaal langer dan 1 dag achtereen in het ziekenhuis gelegen?

Ja Nee

In welke periode heeft u in het ziekenhuis gelegen?

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	t/m	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	t/m	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	t/m	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

3 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische) informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum --

Dien dit formulier bij voorkeur in via: www.mijnzilverenkruis.nl of zk.nl/app

Liever via post indienen? Zilveren Kruis t.a.v. afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
in een envelop naar: 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.zilverenkruis.nl/Paginas/Privacy.aspx van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.