Zilveren Kruis

Vergoeding Thuisdialyse

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters.

1 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s) ____ Tussenvoegsel ____ Achternaam ____

Geboortedatum ____ (DD/MM/JJJJ)

Postcode ____ Huisnummer ____ Woonplaats ____

Telefoonnummer ____ Relatienummer ____ (*10 cijfers*)

2 Uw behandeling

Declareer uw tegemoetkomingskosten voor thuisdialyse na elk kwartaal.

In welk ziekenhuis staat u onder behandeling? ____

(Vul volledige naam van ziekenhuis/instelling in.)

Welk jaar wilt u declareren? ◯ 2026 ◯ 2025 ◯ 2024 ◯ 2023

Welk kwartaal wilt u declareren? ◯ **1e kwartaal** (1 januari t/m 31 maart) ◯ **2e kwartaal** (1 april t/m 30 juni) ◯ **3e kwartaal** (1 juli t/m 30 september) ◯ **4e kwartaal** (1 oktober t/m 31 december)

Bent u dit kwartaal voor het eerst begonnen met thuisdialyse? Met welke vorm van thuisdialyse bent u het afgelopen kwartaal behandeld?

◯ CAPD (overdag) ◯ CCPD ('s nachts)

◯ Thuishemodialyse 1 t/m 3 keer per week ◯ Thuishemodialyse 4 of 5 keer per week ◯ Thuishemodialyse 6 of 7 keer per week

Als u onlangs bent gestart, wat is de begindatum van uw behandeling? ____ (DD/MM/JJJJ)

Heeft u het afgelopen kwartaal meerdere dialysesoorten gehad, vermeld dan voor alle de behandelperiode.

CAPD ____

CCPD ____

Thuishemodialyse 1 t/m 3 keer per week ____

Thuishemodialyse 4 of 5 keer per week ____

Thuishemodialyse 6 of 7 keer per week ____

Heeft u het afgelopen kwartaal een niertransplantatie ondergaan? ◯ Ja

Zo ja, op welke datum vond deze plaats? ____ (DD/MM/JJJJ)

Heeft u het afgelopen kwartaal langer dan één dag achtereen niet thuis gedialyseerd (bijv. ziekenhuisopname, verpleeghuis of vakantie)

◯ Ja

Zo ja, om welke periode ging het? ____

3 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat Zilveren Kruis rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan. Mijn zorgverlener mag afsprakenoverzichten delen met mijn zorgverzekeraar.

Naar waarheid ingevuld? ◯ Ja

Naam ____ Datum ondertekening ____ (DD/MM/JJJJ)

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag. Bel onze klantenservice op (071) 751 00 51 op werkdagen tussen 8.30 en 18.00 uur.

Stuur dit declaratieformulier in via zk.nl/mijnzk of via de app van Zilveren Kruis

Liever via post toesturen? Zilveren Kruis afdeling Declaratieservice

Stuur dit declaratieformulier naar: Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens volgens het privacystatement Wilt u dit nalezen? Kijk op zk.nl/privacy van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.