



Machtigingsaanvraag niet-gecontracteerde Wijkverpleging

Vul dit formulier in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

Vult u dit formulier in als u wijkverpleging ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Kijk op dechristelijkezorgverzekeraar.nl/wijkverpleging voor meer informatie.

Heeft u een geldige CIZ -indicatie (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de Wet langdurige zorg?

Ja. Neem contact op met het Zorgkantoor.

Nee. Het formulier vult u of de (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de HBO verpleegkundige.

1 Gegevens verzekerde

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	(DD/MM/JJJJ)		
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		Land
Telefoonnummer	(10 cijfers)	E-mail adres	
Relatienummer		(9 cijfers)	

2 Gegevens wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG register) die samen met u de indicatie heeft gesteld

Telefoonnummer (10 cijfers) E-mail adres

BIG-nummer (11 cijfers) Niveau opleiding

Naam organisatie van indicerende wijkverpleegkundige

AGB-code organisatie van indicerende wijkverpleegkundige

Wilt u bij deze machtigingsaanvraag een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van uw indicerende wijkverpleegkundige toevoegen (dit is niet van toepassing als het diploma al verstrekt is aan de Zorgverzekeraar).

3 Indicatie gegevens

Wat is de reden van deze machtigingsaanvraag?

1e aanvraag ongecontracteerde zorg

Kort durende zorg (maximaal 2 maanden) bijv. na ziekenhuisopname

Tijdelijk (maximaal 6 maanden)

Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)

Palliatief terminale zorg

Heraanvraag van de machtiging:

Omdat de zorgbehoefte en/of uw zorgorganisatie/zorgverlener is gewijzigd.

Omdat de machtiging is verlopen en u nog een geldig zorgplan heeft.

Omdat uw machtiging en zorgplan zijn verlopen.

Op welke manier vond de indicatiestelling plaats?

Telefonisch

Beeld bellen

Thuis

Paraaf verzekerde

4 Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week?

Wij geven maximaal voor 1 jaar een machtiging af. Heeft u nog een geldig zorgplan of indicatie? Dan dient u alleen een nieuwe machtigingsaanvraag in bij ons. Is de zorg niet goed onderbouwd of zijn er teveel uren (etc.) opgenomen, behoudt De christelijke zorgverzekeraar zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

Indicatiestelling (Opstellen en Evalueren van het zorgplan)

Begindatum (DD/MM/JJJJ) Einddatum (DD/MM/JJJJ)

Uren/minuten per week Uren Minuten Totaal aantal uren/minuten per week

Verpleging (1002, 1003, 1004)

Begindatum (DD/MM/JJJJ) Einddatum (DD/MM/JJJJ)

Uren/minuten per week Uren Minuten Totaal aantal uren/minuten per week

Verzorging (1000, 1001)

Begindatum (DD/MM/JJJJ) Einddatum (DD/MM/JJJJ)

Uren/minuten per week Uren Minuten Totaal aantal uren/minuten per week

Verpleging en verzorging tot 18 jaar (1049)

Begindatum (DD/MM/JJJJ) Einddatum (DD/MM/JJJJ)

Uren/minuten per week Uren Minuten Totaal aantal uren/minuten per week

5 Van wie krijgt u de zorg? (Wie levert uw zorg?)

- | | |
|----------------------------------|----------|
| 1. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 2. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 3. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 4. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 5. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 6. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 7. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 8. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 9. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 10. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 11. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 12. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 13. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 14. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 15. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 16. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 17. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 18. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 19. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |
| 20. Zorgorganisatie/zorgverlener | AGB-Code |

Geeft u ons toestemming om uw zorgverleners te informeren over de status van de machtiging? Ja Nee

Paraaf verzekerde

6 Ondertekening door verzekerde én verpleegkundige

Ik verklaar:

- Dat de inhoud van het zorgplan met mij, in mijn eigen thuissituatie (tenzij de indicatie op afstand is gesteld), is besproken;
- Dat ik de wijkverpleegkundige die mijn indicatie heeft gesteld, mij hierover persoonlijk heeft gesproken;
- Dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan De christelijke zorgverzekeraar, in de vorm van een nieuwe aanvraag. Dat ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn machtiging en dat ik indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe machtiging aanvraag;
- Dat ik er mee in stem dat De christelijke zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialisten om mijn (medische) gegevens omtrent deze machtigingsaanvraag voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- Dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz);
- Dat ik bereid ben om mijn zorgvraag nader toe te lichten aan De christelijke zorgverzekeraar, indien De christelijke zorgverzekeraar daarom vraagt;
- Dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- Dat ik weet dat verzwijging van de voor De christelijke zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum ondertekening

(DD/MM/JJJJ)

Naam verzekerde

*Ik verklaar dat de zorgbehoefte in **mijn eigen** thuissituatie is beoordeeld*

Handtekening verzekerde

Naam verpleegkundige

Ik verklaar dat de zorgbehoefte met cliënt is afgestemd

Handtekening verpleegkundige

In het geval de indicatiestelling op afstand was, dan is de handtekening de verzekerde niet nodig. In het zorgplan moet opgenomen worden hoe de zorgbehoefte en de daarmee gepaard gaande zorginzet met de cliënt is afgestemd.

In alle gevallen: (de volgende stukken dient u bij te voegen)

- een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde of Master Verplegingswetenschappen van wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar De christelijke zorgverzekeraar);
- een zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normen kader).

In geval van Verpleging en Verzorging tot 18 jaar:

- diploma kinderverpleegkunde van de kinderverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar De christelijke zorgverzekeraar) of de eventuele kinderaantekening.

In geval van PTZ:

Er is door een arts bepaald dat de palliatieve fase is aangebroken.

Paraaf verzekerde

Toelichting aanvraag machtiging verpleging en verzorging (Zvw)

De christelijke zorgverzeeraar heeft contracten afgesloten met veel zorgaanbieders, waaronder ook met wijkverpleegkundigen. Als u gebruik wilt maken van een zorgaanbieder waar wij geen contract mee hebben dan moet u eerst toestemming (een machtiging) aanvragen. Wij vergoeden alleen niet-gecontracteerde wijkverpleging als wij hiervoor vooraf een machtiging hebben afgegeven.

Wat heeft u nodig voor uw aanvraag?

- Een indicatie door een BIG-geregistreerde wijkverpleegkundige.
- Een onderbouwing van uw zorgvraag, bijvoorbeeld in de vorm van een zorgplan, die bij akkoord is ondertekend en gedateerd door u en de wijkverpleegkundige die het zorgplan heeft opgesteld.
- Kopie diploma van de wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld (tenzij deze al bij in ons bezit is).
- Een volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend aanvraagformulier.
- Eventuele extra documenten als deze in het aanvraagformulier gevraagd worden.

U bent zelf verantwoordelijk voor de betaling van de factuur aan de zorgaanbieder. Blijkt achteraf dat u zorg heeft gedeclareerd die niet verzekerd is, dan vergoeden wij deze niet of vragen wij dit bedrag aan u terug. Afhankelijk van uw polis vergoeden wij (een deel van) de rekening, die u bij ons declareert.

Voor meer informatie over vergoedingen verwijzen wij u naar onze website.

Toestemming

Wij beoordelen uw aanvraag op basis van uw ingevulde gegevens. Soms hebben we meer informatie nodig. We kunnen uw aanvraag pas afhandelen als we alle informatie hebben. Vanaf dat moment gaat de doorlooptijd in. Daarom is het belangrijk dat u alle vragen helemaal, juist en eerlijk invult. Blijkt achteraf dat u dat niet heeft gedaan? Dan kan uw recht op vergoeding vervallen.

De ingangsdatum van de machtiging (als we die afgeven) is de datum van ontvangst van uw volledig ingevulde en ondertekende aanvraag inclusief bijbehorende documenten, tenzij in het formulier wordt aangegeven dat de ingangsdatum later moet ingaan. Als de zorg eerder gestart is, dan vergoeden wij conform de polisvoorwaarden

Zorgcontrole

Wij kunnen achteraf controleren of de gedeclareerde prestatie ook daadwerkelijk geleverd is (zowel kwantitatief als inhoudelijk) conform de NZa-beleidsregels en of de geleverde zorg het meest is aangewezen, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Als uit deze controle blijkt dat niet is voldaan aan feitelijke en/of terechte levering, zal De christelijke zorgverzeeraar het bedrag van de declaraties (deels) terugvragen of (deels) niet betalen.

**Stuur het ingevulde formulier op naar Team Wijkverpleging, Postbus 444, 2300 AK Leiden.
U kunt het formulier ook insturen via de website.**

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy) van De christelijke zorgverzekeraar. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.