



## Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb)

### DEEL 1: verpleegkundige deel

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger.

De verpleegkundige voegt een kopie van dit deel van het aanvraagformulier toe aan het eigen dossier.

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN, juli 2014.

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van het pgb. In het zorgplan, toegevoegd aan deze aanvraag, is ook alle informatie die niet is ingevuld in dit aanvraagformulier terug te vinden. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt) voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader). Dit betekent dat u 'staat beschreven in het zorgplan' alleen kunt aanvinken als dit ook daadwerkelijk beschreven staat in het zorgplan.

**Let op:** u dient een kopie van de aanvraagformulieren Zvw-pgb deel 1 en deel 2 en van alle bijlagen in uw eigen administratie te bewaren.

### 1 Gegevens verzekerde

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

### 2 Gegevens wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG register)		
Telefoonnummer	(10 cijfers)	E-mail adres
BIG-nummer	(11 cijfers)	Niveau opleiding
Naam indicerende organisatie		
AGB-code indicerende organisatie		
Bereikbaar (dagen/tijden)		

### 3 Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

Is er sprake van een herindicatie?	Ja	Nee
De zorgvraag betreft zorg:	Verpleging en/of verzorging langer dan één jaar	
	Verpleging/verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (kindzorg)	
	Palliatieve terminale zorg (PTZ)	

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

Ja, te weten

Nee

Paraaf verpleegkundige

**Omschrijf hieronder het ziektebeeld van de verzekerde:**

Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).

**Omschrijf hieronder de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde:**

Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).

**Omschrijf hieronder de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging:**

- Omschrijving handelingen
- Geïndiceerde tijdsduur per handeling
- Soort (pv/vp)
- Aantal keren per week
- Totaal aantal uren/minuten per week
- Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging.
- Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.
- Wat kan de verzekerde zelf nog leren in het kader van de zelfredzaamheid?
- Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst?  
Zo ja, welke en waarvoor? Zo nee, waarom niet?
- Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan? Zo ja, wat en hoe? Zo nee, waarom niet?
- Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.). Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s). Zo nee, waarom niet?

Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).

**Vul onderstaand tabel op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijk zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) in.**

*In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.*

1. Omschrijving handeling			
Soort behandeling	VP	PV	Minuten/uren per week
2. Omschrijving handeling			
Soort behandeling	VP	PV	Minuten/uren per week
3. Omschrijving handeling			
Soort behandeling	VP	PV	Minuten/uren per week
4. Omschrijving handeling			
Soort behandeling	VP	PV	Minuten/uren per week
5. Omschrijving handeling			
Soort behandeling	VP	PV	Minuten/uren per week

**Omschrijf hieronder de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag:**

Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).

Paraaf verpleegkundige

**Omschrijf het netwerk van de verzekerde.**

Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie: <https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/meedoen/>

**Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?**

**Is er wel een netwerk aanwezig is, maar kan dit geen ondersteuning bieden? Geef een toelichting wat hiervan de reden is.**

**Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?**

*Indien de verzekerde een indicatie heeft voor Wlz (Wet langdurige zorg) is geen aanspraak op PGB/ wijkverpleging vanuit de Zvw mogelijk.*

Ja, namelijk:

Nee

**Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?**

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

**Worden er op dit moment hulpmiddelen, zorgtechnologie of woningaanpassingen ingezet?**

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

**Is er een ergotherapeut betrokken?**

Ja Zo ja, waarvoor? *(graag relevante uitkomsten toelichten in het zorgplan)*

Nee Zo nee, waarom niet?

**Zijn er andere behandelaars betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)**

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

**4 Over de door de wijkverpleegkundige vastgestelde indicatie**

**Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week?**

*Indien van toepassing volledig uitschrijven (Bijv. drie uur en tien minuten)*

**Verpleging (uren/minuten per week)**

Voorgaande indicatie

Nieuwe indicatie

**Persoonlijke Verzorging (uren/minuten per week)**

Voorgaande indicatie

Nieuwe indicatie

Paraaf verpleegkundige

**Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week voor Zorg in Natura?**  
*Indien van toepassing volledig uitschrijven (Bijv. drie uur en tien minuten)*

**Verpleging (uren/minuten per week)**

Voorgaande indicatie Nieuwe indicatie

**Persoonlijke Verzorging (uren/minuten per week)**

Voorgaande indicatie Nieuwe indicatie

**Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:**

Voor welke periode is deze zorg nodig? (zowel ingang als einddatum invullen)

**Let op!** De ingangsdatum van de indicatie is de datum waarop u de indicatie stelt.

**Verpleging**

Datum ingang indicatie Datum einde indicatie (tot en met) (maximaal 2 jaar)

**Persoonlijke Verzorging**

Datum ingang indicatie Datum einde indicatie (tot en met) (maximaal 2 jaar)

**Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?**

Op welke datum is de zorgbehoefte besproken? (DD/MM/JJJJ)

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken?

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde. Naam (wettelijke) vertegenwoordiger

Huisarts

Erkende tolk, naam:

Overige:

**5 In geval van PTZ**

*Vergeet u niet dat op de verklaring van de arts de naam van de arts, het specialisme en het ziekenhuis met telefoonnummer vermeld staat.*

Ik stuur de verklaring van de arts waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op PTZ.

De arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden.

Zijn er vrijwilligers en/of mantelzorg ingezet voor de nachtzorg?

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja

Paraaf verpleegkundige

## 6 Zorg aan kinderen tot 18 jaar

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer (10 cijfers)

Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts? (DD/MM/JJJJ)

**Let op!** De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

## 7 Ondertekening door verpleegkundige

- Ik verklaar dat de afgegeven indicatie voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- Ik verklaar dat ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- Ik verklaar dat de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld of bij indicatie op afstand, de zorgbehoefte en de daarmee gepaard gaande zorginzet met de cliënt is afgestemd;
- Ik verklaar dat er geen "gebruikelijke" (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie.
- Ik verklaar dat bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk.

Datum ondertekening (DD/MM/JJJJ)

Naam verpleegkundige

Handtekening verpleegkundige

## Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Vink de onderdelen van de set aan als u deze heeft toegevoegd:

Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).

Het zorgplan (ondertekend door de wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.

Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld. Dit is niet van toepassing als de verpleegkundige die de indicatie stelt een gecontracteerde zorgverlener is en/of indien het diploma eerder is verstuurd naar De christelijke zorgverzekeraar.

**Is het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig ingevuld en/of ondertekend en/of ontbreken er bijlagen?**

**Dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw Zvw-pgb.**

Paraaf verpleegkundige



## Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb)

### DEEL 2: verzekerde deel

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld. Kijkt u voor het invullen van dit formulier naar het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement vindt u op [dechristelijkezorgverzekeraar.nl/pgb](http://dechristelijkezorgverzekeraar.nl/pgb). Daar vindt u ook antwoorden op veelgestelde vragen over het Zvw-pgb.

#### 1 Gegevens verzekerde

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

#### 2 Een (wettelijk) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders (als deze het ouderlijk gezag heeft) of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder die door de Rechtbank is vastgesteld. Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

#### Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, ik heb een wettelijke vertegenwoordiger. (vul gegevens hieronder in)

Ja, ik heb een vertegenwoordiger. (vul gegevens hieronder in)

Nee.

#### Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

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

#### Gegevens van uw bewindvoerder (als dit een organisatie is):

Naam organisatie			
KvK nummer organisatie	(8 cijfers)		
Postcode	Woonplaats		
Contactpersoon		Telefoonnummer	(10 cijfers)

### 3 Reden van de Zvw-pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag?

Ik vraag voor het eerst een Zvw-pgb aan.

Ik vraag een Zvw-pgb aan omdat mijn indicatie afloopt. *(U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)*

Ik verander van zorgverlener(s). *(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-pgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)*

Wat is de ingangsdatum van de wijziging? (DD/MM/JJJJ)

*(Let op dat u bij afloop van uw oude toekenning op tijd een nieuwe aanvraagt.)*

De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd.

Ik ontvang reeds verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-pgb.

### 4 Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

Nee Ja, van

### 5 Waarom wilt u een Zvw-pgb?

Hieronder geeft u een toelichting op de volgende 2 vragen:

- Waarom wilt u een Zvw-pgb voor verpleging en/of verzorging?
- Heeft u onderzocht of een gecontracteerde zorgverlener kan voorzien in uw volledige zorgbehoefte? Als dit niet mogelijk is, legt u uit waarom dit niet kan.

### 6 Bij welke zorgverleners wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt.

1. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**
2. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**
3. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**
4. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**
5. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**
6. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**
7. Naam	Postcode en huisnummer				Woonplaats
Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	Ja	Nee	AGB code*		Opleidingsniveau**

\* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- uw zorgverlener een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener die niet BIG geregistreerd is als verpleegkundige;
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister

Voor alle overige zorgverleners vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgverlener opvragen. Beschikt uw zorgverlener er niet over, dan kan uw zorgverlener deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

\*\* Formele zorgverlener moet minimaal opleidingsniveau 3 Helpende en/of Verzorgende hebben.

## 7 Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Hier vult u in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis. Het totaal aantal uren dat u inkoopt met een Zvw-pgb en Zorg in Natura (ZIN) mag niet hoger zijn dan de verpleegkundige aangaf. Dit staat bij 'gemiddelde zorgbehoefte' op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier.

- |   |  |     |                           |         |           |
|---|--|-----|---------------------------|---------|-----------|
| 1. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 2. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 3. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 4. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 5. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 6. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 7. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 8. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |
| 9. Naam zorgverlener                    | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging |     |                           |         |           |
| Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in Natura          |     |                           |         |           |
| Zvw-pgb                                 | Ja   | Nee | Formele of informele zorg | Formeel | Informeel |

Totaal uren/minuten persoonlijke verzorging

Totaal uren/minuten verpleging

Totaal uren/minuten zorg in Natura

Wilt u uw Zvw-pgb op een latere datum dan de startdatum van uw indicatie in laten gaan? *(dit kan alleen bij een eerste aanvraag)*

Nee      Ja, namelijk op      (DD/MM/JJJJ)

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgverleners afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

**Bij verzorging:**

**Bij verpleging:**



## 8 Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat De christelijke zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts, mijn medisch specialist en/of het Centrum Indicatiestelling Zorg om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat bij een afwijzing van mijn aanvraag de indicerend wijkverpleegkundige contact mag opnemen met De christelijke zorgverzekeraar om de medisch inhoudelijke reden(en) van de afwijzing te vernemen;
- dat indien nodig voor een toelichting op de aanvraag de indicerend wijkverpleegkundige medische informatie mag uitwisselen met De christelijke zorgverzekeraar;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- ik verklaar dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2023;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewust keuze gesprek te voeren met 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 dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het Zvw-pgb tijdig (binnen 4 weken) doorgeef aan De christelijke zorgverzekeraar.
- dat ik begrijp dat ik verplicht ben om mee te werken aan een huisbezoek als De christelijke zorgverzekeraar dat nodig vindt, bijvoorbeeld voor controle doeleinden. Mijn eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger en ik moeten op verzoek van De christelijke zorgverzekeraar hierbij aanwezig zijn. De christelijke zorgverzekeraar kan een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij wordt zorgvuldig geselecteerd. Deze partij is namens De christelijke zorgverzekeraar gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het privacy statement van De christelijke zorgverzekeraar, welke u kan vinden op de website van De christelijke zorgverzekeraar (bron: [dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy](https://dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy)).

Datum ondertekening (DD/MM/JJJJ)

Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde (of wettelijke vertegenwoordiger\*)

Handtekening 2e wettelijke vertegenwoordiger\*\*

\* Als het van toepassing is.

\*\* Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders de ouderlijke macht? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen. Ook in andere gevallen waar sprake is van 2 wettelijke vertegenwoordigers, bent u verplicht om allebei het aanvraagformulier te laten ondertekenen. Anders nemen wij de aanvraag niet in behandeling.

### **Wat stuurt u met deze aanvraag mee?**

U stuurt de complete set voor uw aanvraag naar De christelijke zorgverzekeraar toe. Deze set bestaat uit:

- Verpleegkundig deel (deel 1)
  1. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
  2. Het zorgplan (met anamnese uit Electronisch Cliëntendossier).
  3. Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld. Dit is niet van toepassing als de verpleegkundige die de indicatie stelt een gecontracteerde zorgverlener is en/of indien het diploma eerder is verstuurd naar De christelijke zorgverzekeraar.
  4. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.
- Verzekerde deel (deel 2)

Als u voogd, curator, mentor of bewindvoerder bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank. Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing) is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen. Een beschikking is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar.

**Is het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig ingevuld en/of ondertekend en/of ontbreken er bijlagen?**

**Dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**

**Stuur het ingevulde formulier op naar de afdeling wijkverpleging, postbus 444, 2300 AK Leiden.  
U kunt het formulier ook indienen via de website.**

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