

Aanvraagformulier

Toestemming medisch specialistische revalidatiezorg

GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

Gegevens verzekerde

Persoonsgegevens verzekeringnemer

Naam verzekerde

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Emailadres

Klantnummer

Geboortedatum

Man Vrouw

Vervolgaanvraag

Ingangsdatum

Einddatum

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Meer informatie over ons privacybeleid vindt u op onze website.

Gegevens zorgverlener/aanvrager

In te vullen door
zorgverlener/arts

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

AGB code

Naam revalidatiearts

Bereikbaar op:

Telefoonnummer

Emailadres

In te vullen door
zorgverlener/arts

Revalidatiediagnose, relevante nevendiagnose en onderbouwing indicatie voor MSR

Voortraject: stepped care en resultaat

WPN (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland)

Streek de juiste score aan op het formulier:

1

2

3

4

Behandelplan en doelen

Declaratiecode(s)

DBC Zorgproductccode(s)

Diagnosecode

Ingangsdatum

Verwachte einddatum

Specificatie programma (zie toelichting aanvraag ter beoordeling van medisch specialistische revalidatie)

Is alles correct en volledig ingevuld?
Dan kunt u het Aanvraagformulier
Toestemming sturen naar:

VGZ

Toestemming

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

Verwijzer

Kopie van het verwijsformulier dient bij de aanvraag te worden meegestuurd.