

# Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging

## DEEL 1: Verpleegkundig deel aanvraag 2017

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger<sup>1</sup>.

Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

### 1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb vv bedoeld)

Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> de heer <input type="checkbox"/> mevrouw
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>
BSN:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>

### 2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register):	<input type="text"/>
Telefoonnummer waarop bereikbaar voor verzekeraar:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
BIG nummer:	<input type="text"/>
Niveau opleiding:	<input type="text"/>
Naam indicerende organisatie:	<input type="text"/>
AGB-code indicerende organisatie:	<input type="text"/>

<sup>1</sup> 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 familielid (bloed- en aanverwante in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Paraaf verpleegkundige:

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

De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar:

- verpleging en/of verzorging
- Intensieve kindzorg (IKZ)<sup>2</sup>
- medisch specialistische verzorging thuis (MSVT)

Of de zorgvraag betreft:

- palliatieve terminale zorg (PTZ)

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- ja, te weten
- nee

Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging (met uitzondering van verblijf, verpleegkundige dagopvang en casemanagement)

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier waarin is opgenomen:
  - omschrijving handelingen
  - soort (PV/VP/ MSVT)
  - minuten/ uren per handeling

of omschrijf onderstaand de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabel

Omschrijving handelingen

Soort (aanvinken wat van toepassing is)

- VP
- PV
- MSVT

- VP
- PV
- MSVT

- VP
- PV
- MSVT

Uren/minuten

<sup>2</sup> IKZ wordt vastgesteld conform medisch kindzorgsysteem.

<sup>3</sup> Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Clientendossier (ECD) mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

Paraaf verpleegkundige:

Omschrijving handelingen

Soort (aanvinken wat van toepassing is)

Uren/minuten

VP  PV  MSVT

 

VP  PV  MSVT

 

VP  PV  MSVT

 

Omschrijf de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruikelijke zorg die door familie en/of sociaal systeem wordt geleverd?

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet?<sup>4</sup>

ja, namelijk:

Nee

<sup>4</sup> Indien de verzekerde een indicatie heeft voor Wlz (Wet Langdurige Zorg) is geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk.

Paraaf verpleegkundige:

#### 4. Over de door u vastgestelde indicatie

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging, verzorging en MSVT<sup>5</sup> per week<sup>6</sup>

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie
<input type="checkbox"/> Verpleging <sup>7</sup> uren / minuten per week	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging <sup>8</sup> uren / minuten per week	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten
<input type="checkbox"/> MSVT uren / minuten per week	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Onderstaande zorg is wel onderdeel van de indicatie om de gehele zorgvraag inzichtelijk te maken maar kan niet in pgb vv<sup>9</sup> afgenomen worden

<input type="checkbox"/> Dagopvang in het kader van IKZ ( <i>dagen per week</i> )	(volledig uitschrijven) Bijv. twee dagen
<input type="checkbox"/> Verblijf in het kader van IKZ ( <i>verblijfsdagen per week</i> )	(volledig uitschrijven) Bijv. twee verblijfsdagen
<input type="checkbox"/> Casemanagement uren / minuten per week	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Toelichting op de wijziging van de indicatie:

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

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
<input type="checkbox"/> Verpleging	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MSVT	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>5</sup> De geïndiceerde zorgbehoefte en duur van de indicatie voor MSVT kunt u overnemen van de door de medisch specialist afgegeven indicatie

<sup>6</sup> Indien de zorgbehoefte veranderd moet de indicatie aangepast worden

<sup>7</sup> Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen- (beleidsregel Nza BR/CU-17113)

<sup>8</sup> Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (beleidsregel Nza BR/CU-17113) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

<sup>9</sup> De zorg kan wel middels Zorg in Natura of restitutie vergoed worden

Paraaf verpleegkundige:

Onderstaande zorg is wel onderdeel van de indicatie om de gehele zorgvraag inzichtelijk te maken maar kan alleen in Zorg in Natura afgenomen worden

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
<input type="checkbox"/> Opvang in het kader van IKZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verblijf in het kader van IKZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Casemanagement	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)

Verzekerde zelf

Huisarts

Erkende tolk, naam:

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde, naam:

Overige:

## 5. In geval van IKZ

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts

Ziekenhuis

## 6. In geval van MSVT

Welke medisch specialist heeft de indicatie voor de MSVT afgegeven?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

*Vergeet u niet de indicatiestelling van de medisch specialist mee te sturen, waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op MSVT.*

## 7. In geval van PTZ

Indien ja, welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts

Ziekenhuis

*Vergeet u niet de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat verzekerde aangewezen is op PTZ.*

Paraaf verpleegkundige:

## 8. 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;
- 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

Naam Verpleegkundige

Handtekening Verpleegkundige

### Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1. kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
2. indicatiestelling medisch specialist dat er sprake is van Medisch Specialistische Zorg (MSVT) (indien van toepassing).
3. *verklaring arts dat er sprake is van Terminale Zorg (indien van toepassing).*

Als het aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (pgb vv) niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.

Paraaf verpleegkundige:

## DEEL 2: Verzekerde deel

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.<sup>1</sup>

Wij verzoeken u voor het invullen van dit formulier, het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op onze website. Op onze website vindt u ook antwoorden op veel gestelde vragen over het pgb.

### 1. Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar:

### 2. Gegevens verzekerde

Achternaam:

Voorletters:   de heer  mevrouw

Geboortedatum:

BSN:

Relatienummer verzekeraar:

### 3. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

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 curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld. Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

Relatie tot verzekerde

<sup>1</sup> Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

#### Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is

Naam organisatie

KvK nummer organisatie

Postcode en plaats

Contactpersoon

Telefoonnummer

#### 4. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag ?

- Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een pgb vv aan.
- Ik ontvang reeds wijkverpleging, maar ik wil de zorg geheel of gedeeltelijk gaan voorzien in een vorm van een pgb vv.
- Ik vraag een pgb vv aan, omdat mijn indicatie afloopt. *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik verander van zorgaanbieder(s).  
*(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier pgb vv niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden, u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen. Tenzij er een verandering plaats vindt in uw zorg in natura aanbieder of er gedeeltelijk gebruik gemaakt gaat worden van een zorg in natura aanbieder. In dat geval is een volledige nieuwe indicatie nodig, welke gesteld is door de aanbieder die de zorg in natura gaat leveren.)*

#### 5. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor deze aanvraag verpleging of verzorging van een gecontracteerde (thuis)zorgaanbieder?

- Nee
- Ja, van :



## 6. Waarom wilt u een pgb vv?

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder.

## 7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graad	AGB code *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>

\* U hoeft geen AGB code in te vullen als u uw zorg bij een informele zorgaanbieder in koopt. Een informele zorgaanbieder is een zorgaanbieder die:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad is en/of;
- niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- geen inschrijving heeft in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

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

### 8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Persoonsgebonden Budget (pgb vv) en/of door uw zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder mag niet boven de door verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u van uw zorgaanbieder(s) wil inkopen

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	Aantal uren/minuten per week MSVT	PGB Ja / Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Totaal aantal uren / minuten</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wanneer wilt u pgb vv in laten gaan?

- Direct<sup>2</sup>
- Op  -  -  (DD-MM-JJJJ)

Beschrijf hoe u uw zorg wilt regelen.

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

<sup>2</sup> De vroegst mogelijk ingangsdatum van een pgb vv is de datum waarop de verzekeraar de volledige, ondertekende aanvraag heeft ontvangen.

Bij MSVT:

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT:

## 9. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van 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 mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb vv 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;
- 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 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een (telefonisch) Bewust keuze gesprek te voeren en de mondelinge toelichting op de beoordeling van mijn aanvraag (telefonisch) te bespreken met mijn zorgverzekeraar, indien de zorgverzekeraar daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en alle bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb vermeld;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor mijn 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 pgb vv doorgeef aan mijn zorgverzekeraar.

Datum

Naam verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger<sup>3</sup>

Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Als het van toepassing is

<sup>4</sup> Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

### Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U dient de complete set voor uw aanvraag naar uw zorgverzekeraar te sturen, bestaande uit:

- Verpleegkundige deel (deel 1)
- Verzekerde deel (deel 2)
- Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
- Indiciestelling medisch specialist dat er sprake is van Medisch Specialistische Zorg (MSVT) (indien van toepassing).
- Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
- Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (indien van toepassing).

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

### Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Promovendum  
T.a.v. Team Medisch Advies  
Postbus 1815  
3800 BV Amersfoort  
medischadvies@promovendum.nl

**Als het aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (pgb vv) niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**