

## Toelichting

Om voor deze zorg in aanmerking te komen, is een verwijzing nodig of tot 1 april 2021 een geldig CIZ-indicatiebesluit voor extramurale behandeling / GZSP. Meer informatie is te vinden in de polisvoorwaarden. (art. 12)

## Gegevens verzekerde

Voor- en achternaam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Klantnummer:

## Gegevens zorgvraag

### Om wat voor soort zorg gaat het?

Zorg in groep voor:

- Mensen met psychogeriatrische aandoeningen zoals dementie (1004)
- Mensen met complexe somatische aandoening (1004)
- Mensen met een lichamelijke handicap (1005)
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (1005)

### Is er een geldig CIZ-indicatiebesluit aanwezig voor extramurale behandeling/GZSP?

- Ja Je hoeft geen verwijsbrief en behandelplan mee te sturen. Je hoeft de gegevens van de verwijzer op dit formulier niet in te vullen. Stuur in plaats daarvan een kopie van het geldige CIZ-indicatiebesluit mee.
- Nee Voeg de volgende documenten toe aan jouw aanvraag:
  - Verwijsbrief inclusief inzicht in het voortraject en medische reden van verwijzing
  - Behandelplan inclusief:
    - Anamnese
    - Diagnose
    - Behandeldoelen
    - Onderbouwing van de geplande activiteiten of methoden van de behandeling
    - Verwachte aantal dagdelen en termijn om doelen te behalen
    - Inzet van behandeldisciplines
    - Handtekening van verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger
  - Indien vervolgaanvraag dan ook evaluatieverslag toevoegen

### Betreft jouw aanvraag een vervolgaanvraag?

- Ja (vergeet niet het evaluatieverslag toe te voegen aan het behandelplan)
- Nee

**Wat is de begin- en einddatum van de zorg?**

Begindatum:  Einddatum:

Aantal dagdelen per week:

**Is er zittend ziekenvervoer nodig?**

- Ja, er is vervoer nodig maar niet rolstoelafhankelijk
- Ja, er is rolstoelafhankelijk vervoer nodig
- Nee

**Gegevens verwijzer**

Naam verwijzer:

Telefoonnummer:  E-mailadres:

Persoonlijke AGB-code:  Beroep/specialisme:

**Gegevens instelling waarnaar verwezen wordt**

Vul hieronder de gegevens in van de locatie waar de Zorg in een Groep plaatsvindt.

Naam organisatie/instelling:

Adres:  Huisnummer:

Postcode:  Woonplaats:

Telefoonnummer:  E-mailadres:

Locatie AGB-code:

**Gegevens regiebehandelaar**

Naam regiebehandelaar:

Telefoonnummer:  E-mailadres:

AGB-code:  BIG-code:

**Waar stuur je deze aanvraag naartoe?**

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

Jouw gegevens gebruiken wij uiteraard alleen voor het beoordelen van jouw aanvraag en blijven binnen het medisch team.