

Machtigingsaanvraag niet-gecontracteerde Wijkverpleging



Vult u dit formulier in als u wijkverpleging ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Kijk op interpolis.nl/zorg/machtigingen 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 (wettelijke) vertegenwoordiger samen in met de HBO-wijkverpleegkundige.

1 Gegevens verzekerde

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>		
Telefoon privé	<input type="text"/>	Telefoon mobiel	<input type="text"/>				
Relatienummer	<input type="text"/>						
E-mailadres	<input type="text"/>						

2 Gegevens wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG register) die samen met u de indicatie heeft gesteld	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>
BIG-nummer	<input type="text"/>
Niveau opleiding	<input type="text"/>
Naam organisatie van indicerende wijkverpleegkundige	<input type="text"/>
AGB-code organisatie van indicerende wijkverpleegkundige	<input type="text"/>

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?

- 1^e aanvraag ongecontracteerde zorg
- Kort durende zorg (maximaal 2 maanden) bijv. na ziekenhuisopname
 - Tijdelijk (maximaal 6 maanden)
 - Langdurige zorgbehoefte (minimaal 1 jaar)
- 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

Paraaf verzekerde

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

Indicatiestelling (Opstellen en Evalueren van het zorgplan)

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

(uren/minuten per week)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

Verpleging (1002, 1003, 1004)*

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

(uren/minuten per week)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

Verzorging (1000, 1001)*

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

(uren/minuten per week)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

Verpleging en verzorging tot 18 jaar (1049)*

Begindatum (dd-mm-jjjj)

Einddatum (dd-mm-jjjj)

(uren/minuten per week)

Uren

Minuten

Aantal¹⁾

1) Hier vult u het aantal eenheden per 5 minuten in (voorbeeld 1 uur en 30 min. = 90 minuten ÷ 5 = Aantal 18)

Hulptabel om de uren/minuten om te rekenen naar aantallen

5 minuten	= Aantal	1
15 minuten	= Aantal	3
30 minuten	= Aantal	6
45 minuten	= Aantal	9
1 uur	= Aantal	12
1,5 uur	= Aantal	18
2 uur	= Aantal	24

**) 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 Interpolis zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

5 Van wie krijgt u de zorg?

Zorgorganisatie/zorgverlener*

Praktijk AGB-Code

Persoonlijke AGB-Code

Verpleging

Aantal eenheden

Verzorging

Aantal eenheden

Zorgorganisatie/zorgverlener*	Praktijk AGB-Code	Persoonlijke AGB-Code	Verpleging Aantal eenheden	Verzorging Aantal eenheden

*) Wie levert uw zorg?

Paraaf verzekerde

6 Ondertekening door verzekerde én verpleegkundige

Ik verklaar:

- Dat de inhoud van het zorgplan met mij, in mijn eigen thuissituatie, 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 Interpolis, 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 Interpolis 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 Interpolis, indien Interpolis 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 Interpolis belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum

 - -

Naam verzekerde

Naam verpleegkundige

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

Handtekening verzekerde

Handtekening verpleegkundige

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 Interpolis);
- 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 Interpolis) of de eventuele kinderaantekening.

In geval van PTZ:

- verklaring van een beperkte levensverwachting (minder dan 3 maanden) door de huisarts of specialist.

Stuur het ingevulde formulier op naar Team Wijkverpleging, postbus 444, 2300 AK Leiden.