

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) vertegenwoordiger¹.

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

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"/> | | |
| Naam verzekeraar | <input type="text"/> | Relatienummer verzekeraar | <input type="text"/> | | |
| E-mailadres | <input type="text"/> | | | | |

2 Gegevens wijkverpleegkundige

| | |
|--------------------------------------|----------------------|
| Naam (zoals vermeld in BIG register) | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |
| E-mailadres | <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"/> |

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

Is er sprake van een herindicatie?

- Ja
 Nee

De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar

- Verpleging en/of verzorging
 Verpleging/verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Of de zorgvraag betreft

- palliatieve terminale zorg (PTZ)

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- Ja, te weten
 Nee

Omschrijf hieronder het ziektebeeld van de verzekerde.

- Ik stuur een print van de anamnese uit het Zorgplan (onderdeel Elektronisch Cliëntendossier ECD) mee.

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

1) 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.

Paraaf verpleegkundige

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

Ik stuur een print van de anamnese uit het Zorgplan (onderdeel Elektronisch Cliëntendossier ECD) mee.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

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

Ik stuur een print uit het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) mee.

- Omschrijving handelingen
- Geïndiceerde tijdsduur per handeling
- Soort (pv/vp)
- Aantal keren per week
- Totaal aantal uren/minuten per week

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

| Omschrijving handelingen | Soort | Minuten/uren |
|--------------------------|---|--------------|
| | <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV | |
| | <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV | |
| | <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV | |
| | <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV | |
| | <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV | |
| | <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV | |

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

Ik stuur een print van de anamnese uit het Zorgplan (onderdeel Elektronisch Cliëntendossier ECD) mee.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

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

Ik stuur een print van de anamnese uit het Zorgplan (onderdeel Elektronisch Cliëntendossier ECD) mee.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning of Jeugdwet of Wet langdurige zorg?²⁾

Ja, namelijk:

| |
|--|
| |
|--|

Nee

2) 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 aan verpleging en/of verzorging per week, inclusief zorg in natura (ZIN)?

| | Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten |
|--|---|--|
| Verpleging ³⁾ uren/minuten per week | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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.

| | Datum ingang indicatie | Datum einde indicatie (tot en met) (maximaal 2 jaar) |
|-------------------------|--|--|
| Verpleging | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Persoonlijke Verzorging | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Op welke datum is de zorgbehoefte besproken? - -

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

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoon

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

3) Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen- (beleidsregel Nza BR_REG_19104)

Paraaf verpleegkundige

6 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

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

1. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
2. Het zorgplan met anamnese (uit het Electronisch Clientendossier).
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 Interpolis.
4. Het zorgplan (ondertekend door de wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging.

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 2019. Dit reglement vindt u op

<https://www.interpolis.nl/dossiers/zorg-pgb>. Daar vindt u ook antwoorden op veelgestelde vragen over het Zvw-pgb.

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 | Burgerservicenummer | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-mailadres | <input type="text"/> | | | | |
| Relatienummer | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3 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) | <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 | Burgerservicenummer | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Relatie tot verzekerde | <input type="text"/> | | | | |

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

| | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Naam organisatie | <input type="text"/> | | |
| KvK nummer organisatie | <input type="text"/> | | |
| Postcode | <input type="text"/> | Woonplaats | <input type="text"/> |
| Contactpersoon | <input type="text"/> | | |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4 Reden van de Zvw-pgb aanvraag

Ik vraag voor het eerst een Zvw-pgb aan.

Wat is de reden van uw aanvraag?

Ik vraag een Zvw-pgb aan omdat mijn indicatie afloopt. (U hoeft onderdeel 6 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 6 niet in te vullen)

Wat is de ingangsdatum van de wijziging?* - -

De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd. (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

*Houdt u er rekening mee dat een wijziging niet eerder ingaat dan vier weken voor ontvangstdatum!

5a Gegevens medisch specialist

| | | | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|
| Naam medisch specialist | <input type="text"/> | | | | |
| Specialisme | <input type="text"/> | | | | |
| Straatnaam | <input type="text"/> | Huisnr. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Toevoeging <input type="text"/> |
| Postcode | <input type="text"/> | Woonplaats | <input type="text"/> | | |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5b Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

Nee

Ja, van

6 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.

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

7 Bij welke zorgverleners wilt u de zorg inkopen?

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

| Naam | Postcode en huisnummer | Plaats | Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e 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"/> |

* 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.

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

8 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 inkoop 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.

| 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 |
|-----------------------|--|---|---|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Totaal uren / minuten | | | | |

Wilt u uw Zvw-pgb op een latere datum in laten gaan? (dit kan alleen bij een eerste aanvraag)

Nee

Ja, namelijk op - -

Beschrijf hieronder waarvoor u zorg gaat ontvangen.

Bij verzorging:

Bij verpleging:

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

Bij verzorging:

Bij verpleging:

9 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 Interpolis 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 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 2019;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewust keuze gesprek te voeren met 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 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 Interpolis.

Datum

 - -

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.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U stuurt de complete set voor uw aanvraag naar Interpolis 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 Interpolis.
 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.

Dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

**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.