

Aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg

Vult u dit formulier in als u wijkverpleging ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Kijk op iak.nl/medischemachtiging voor meer informatie. Na invulling én ondertekening kunt u het formulier als bijlage per e-mail sturen naar medischedienst@one-uw.nl, of stuur het per post naar: **One Underwriting Health, t.a.v. afdeling Medische Dienst, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven.**

Hebt 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 uw (wettelijke) vertegenwoordiger) samen in met de HBO-wijkverpleegkundige.

1 Gegevens verzekerde

Naam

| | | |
|---------------|-----------------|----------------|
| Geboortedatum | Verzekernummer* | Telefoonnummer |
| __-__-__ | _____ | _____ |

* Uw verzekerdenummer vindt u op uw zorgpolis of zorgpas.

2 Gegevens wijkverpleegkundige

Naam verpleegkundige (zoals vermeld in BIG register) die de indicatie samen met u heeft gesteld

| | |
|------------------------------|----------------------------------|
| Telefoonnummer | E-mailadres |
| _____ | _____ |
| BIG nummer | Opleidingsniveau |
| _____ | _____ |
| Naam indicerende organisatie | AGB-code indicerende organisatie |
| _____ | _____ |

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) bijvoorbeeld 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 hebt
 - omdat uw machtiging en zorgplan zijn verlopen

* Wij geven maximaal voor 1 jaar een machtiging af. Hebt 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 One Underwriting Health zich het recht voor om de machtiging (gedeeltelijk) niet af te geven.

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

4 Zorgbehoefte

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week*

Verpleging (1002, 1003, 1004, 1018)**

Uren/minuten per week

Van: ____ - ____ - ____ Tot: ____ - ____ - ____ Uren: ____ Minuten: ____ Aantal***: ____

Verzorging (1000, 1001, 1017, 1019)**

Uren/minuten per week

Van: ____ - ____ - ____ Tot: ____ - ____ - ____ Uren: ____ Minuten: ____ Aantal***: ____

Hulptabel om de uren/minuten om te rekenen naar aantallen:

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

5 Van wie krijgt u de zorg?

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

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, hierover persoonlijk heb gesproken;
- dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag, of andere wijzigingen die van invloed kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan One Underwriting Health, in de vorm van een nieuwe aanvraag;
- dat ik op de hoogte ben van de einddatum van machtiging en dat ik indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe machtiging aanvraag;
- dat ik er mee in stem dat One Underwriting Health 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 One Underwriting Health, indien hierom wordt gevraagd;
- 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 One Underwriting Health 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

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden

In alle gevallen:

- 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 One Underwriting Health);
- 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 One Underwriting Health) of de eventuele kinderaantekening.

In geval van PTZ:

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