

GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

Gegevens verzekerde

Persoonsgegevens verzekeringnemer

Naam verzekerde				BSN-nummer	
Adres				Huisnummer	
Postcode		Woonplaats			
Telefoonnummer		Emailadres			
Klantnummer		Geboortedatum			
					<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Jouw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Voor meer informatie verwijzen wij je naar ons privacybeleid op onze website.

Privacy

In te vullen door verzekerde

Het kan zijn dat wij één van onze gecontracteerde zorgaanbieders vragen jouw aanvraag te beoordelen.

Ga je akkoord? Kruis dan onderstaand vakje aan en plaats jouw handtekening.

<input type="checkbox"/> Ik ga AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan een gecontracteerde zorgaanbieder.	Datum	Handtekening

Wil je niet dat wij jouw aanvraag doorsturen? Leg jouw aanvraag dan zelf voor aan één van onze gecontracteerde zorgaanbieders. Een gecontracteerde zorgaanbieder vindt je via onze website: www.zekur.nl/zorgadvies/vergelijk-en-kies

Paramedische hulp

In te vullen door zorgaanbieder/arts

Soort hulp:	<input type="checkbox"/> Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> Oefentherapie Cesar/Mensendieck	<input type="checkbox"/> Huidtherapie
Locatie hulp:	<input type="checkbox"/> Praktijk	<input type="checkbox"/> Aan huis	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis <input type="checkbox"/> Instelling
Vorm hulp:	<input type="checkbox"/> Individueel	<input type="checkbox"/> Groepstherapie	<input type="checkbox"/> Eenmalig consult
Is sprake van:	<input type="checkbox"/> (Dag)opname	<input type="checkbox"/> Ontslagdatum	
	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing		
Aantal behandelingen:		Aantal per week:	
Diagnosecode:			
Vervolgaanvraag			
Ingangsdatum Behandeling		Einddatum Behandeling	

Gegevens verwijzend arts

In te vullen door
verwijzend arts

Naam			
Adres		Huisnummer	
Postcode	Woonplaats		
Individuele AGB code		Handtekening of stempel	
Verwijsdatum			

Medische indicatie / diagnose

In te vullen door
behandelend arts

--

Gegevens zorgaanbieder/therapeut

Naam			
Adres		Huisnummer	
Postcode	Woonplaats		
AGB code van de Praktijk waarop gedeclareerd wordt.		Handtekening of stempel	

Versturen

Is alles correct en volledig ingevuld? Stuur dan het Aanvraagformulier Toestemming naar:

ZEKUR

Toestemming

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven