

# Aanvraagformulier Toestemming

**GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS**

## Gegevens verzekerde

### Persoonsgegevens verzekeringnemer

Naam verzekerde

Adres  Huisnummer

Postcode  Woonplaats

Telefoonnummer  Emailadres

Klantnummer  Geboortedatum   Man  Vrouw

Vervolgaanvraag

Ingangsdatum  Einddatum

Uw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Voor meer informatie verwijst u naar ons privacybeleid op onze website.

**In te vullen door verzekerde**

### Privacy

Het kan zijn dat wij één van onze gecontracteerde zorgaanbieders vragen uw aanvraag te beoordelen. Wilt u niet dat wij uw aanvraag doorsturen? Stuur deze aanvraag dan niet naar ons, maar leg deze zelf voor aan één van onze gecontracteerde zorgaanbieders. Mogen wij uw aanvraag wel doorsturen? Kruis dan alstublieft het vakje hieronder aan.

Ik ga AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan een gecontracteerde zorgaanbieder.

Datum

Handtekening

## Farmacie

**In te vullen door  
zorgaanbieder/arts**

Omschrijving

## Paramedische hulp

**In te vullen door  
zorgaanbieder/arts**

Soort hulp:  Fysiotherapie  Oefentherapie Cesar/Mensendieck  Huidtherapie

Locatie hulp:  Praktijk  Aan huis  Ziekenhuis  Instelling

Vorm hulp:  Individueel  Groepstherapie  Eenmalig consult

Is sprake van:  (Dag)opname  Ontslagdatum:

Niet van toepassing

Aantal behandelingen:  Aantal per week:  Ingangsdatum:

Diagnosecode:

## Hulpmiddelen

In te vullen door  
zorgaanbieder/arts

Omschrijving/gewenste voorziening of hulpmiddel:

Positie hulpmiddel:

Reparatie

Aanpassing

Indicatie/diagnose:

Ongeval?:

Nee  Ja Toelichting:

Nadere gegevens:

Stuurt u een aparte verwijzing mee?  Nee  Ja

## Gegevens verwijzer/aanvrager

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Individuele AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

## Gegevens zorgaanbieder/aanvrager

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

Is alles correct en volledig ingevuld?  
Dan kunt u het Aanvraagformulier  
Toestemming sturen naar:

**VGZ voor de Zorg  
Toestemming  
Postbus 25150  
5600 RS Eindhoven**