

Formulier toestemming gespecialiseerde GGZ met verblijf

Let op! Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder kan in dat geval beoordelen of u aan de voorwaarden voldoet. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee we geen overeenkomst hebben? Dan kunt u met dit formulier toestemming aanvragen.

Om voor deze zorg in aanmerking te komen hebt u een verwijzing nodig.

Gegevens verzekerde:

Naam:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
Polisnummer:	<input type="text"/>

Gegevens verwijzer:

Naam verwijzer:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
AGB-code:	<input type="text"/>

Gegevens instelling waarnaar verwezen wordt:

Naam organisatie/instelling:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
AGB-code:	<input type="text"/>

Wilt u bij deze aanvraag de onderstaande documenten meesturen?

U kunt deze informatie opvragen bij uw behandelaar, verwijzer en/of beoogde instelling waarnaar u bent verwezen.

1. Verwijsbrief inclusief:

- Inzicht in het voortraject (gedegen ambulante voortraject is voorwaarde)
- Reden opname
- Reden voor keuze beoogde instelling

2. Behandelplan inclusief:

- DSM IV
- Probleemanalyse
- Scoreformulier versie : MATE-nl.2.1 (indien sprake van aanvraag in verband met verslavingsproblematiek)
Neemt u niet de volledige MATE af? Dan horen we graag welk meetinstrument u dan gebruikt voor triage en zorgtoewijzing
- Onderbouwing waarom verblijf noodzakelijk is om wensen en doelen van de cliënt(e) te bereiken
- Onderbouwing van de geplande activiteiten of methoden van de behandeling tijdens verblijf
- Verwachte opnameduur (aantal dagen) en zorgzwaarte (welke deelprestatie)
- Hoofdbehandelaar (+ AGB-code)

3. Offerte inclusief te leveren prestaties (DBC + verblijfprestatie x aantal dagen):

- Prestatie- of declaratiecode + lekenomschrijving
- Deelprestatie verblijf
- Aantal dagen verblijf

U kunt deze toestemmingsaanvraag en de bijbehorende bijlagen sturen naar:

Coöperatie VGZ
Afdeling machtigingen
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Uw gegevens gebruiken wij uiteraard alleen voor het beoordelen van uw aanvraag.

Vergoeding van kosten

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Kijk voor meer informatie in onze verzekeringsvoorwaarden.