

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging

Wilt u een pgb aanvragen of een nieuwe indicatie? Vul dan dit formulier in en stuur het naar ons op.

1. Wie vult het formulier in?



Deel 1 van het formulier, voor de verpleegkundige, wordt ingevuld door de wijkverpleegkundige.



Deel 2 van het formulier, voor de verzekerde, vult u zelf in.

2. Dit heeft u nodig om het formulier in te vullen

- Een wijkverpleegkundige BIG geregistreerd + niveau 5 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder)
- Een BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige niveau 5 werkzaam bij een BINKZ aangesloten zorgverlener (voor verzekerden jonger dan 18 jaar)
- Een medicijnenlijst (op te vragen bij de huisarts)
- Een overzicht van uw gezondheidsproblemen waarvoor u een pgb aanvraag doet (op te vragen bij de huisarts)
- Een geldig identiteitsbewijs
- Uw zorgpas
- Een overzicht van degene(n) die de zorg gaan leveren en hun vervanging als ze afwezig zijn
- Naam en adres en indien van toepassing: AGB code
- Gegevens van voogd, curator, mentor of bewindvoerder en kopie beschikking van de rechtbank of van de notariële akte (indien van toepassing)
- Verklaring van de arts in geval van Palliatief Terminale Zorg

3. Stuur het formulier naar ons op

Hieronder vindt u een checklist van wat u opstuurt naar ons.

Deel 1 van het formulier; voor de verpleegkundige

- Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg
- Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier (alleen als u hiervoor toestemming heeft gegeven). Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur

Deel 2 van het formulier; voor de verzekerde

- Kopie van de uitspraak van de rechtbank over de vertegenwoordiging (indien van toepassing)
- Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte
- Kopie van een geldig identiteitsbewijs als u de ouder, wettelijke vertegenwoordiger, bent van een kind jonger dan 18 jaar

Stuur de aanvraag (met postzegel) naar:

Coöperatie VGZ UA*
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

BELANGRIJK!

Controleer voor verzending of het aanvraagformulier volledig is ingevuld en ondertekend. Wij kunnen u het snelste helpen als alles meteen goed en compleet is ingevuld.

4. U krijgt een reactie van ons

- U ontvangt binnen 10 werkdagen een ontvangstbevestiging van ons. Hebben wij nog vragen of is uw aanvraag niet compleet? Dan ontvangt u een schriftelijke reactie van ons.
- In de ontvangstbevestiging leest u binnen hoeveel weken wij contact met u opnemen om de aanvraag te bespreken.
- U krijgt daarna per post een toekenningsbrief of een afwijsbrief.

* Coöperatie VGZ UA omvat VGZ, Univé Zorg, IZA, de IZZ zorgverzekering door VGZ, VGZbewuzt, UMC, ZEKUR

Deel 1: voor de verpleegkundige



Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger¹. Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige. Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN, juli 2014.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

Achternaam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
Straat	Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats	Telefoonnummer
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Geslacht	E-mail
	Man Vrouw	

2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register)	Telefoonnummer
E-mail	BIG nummer
Niveau opleiding	Naam indicerende organisatie
AGB-code indicerende organisatie of persoonlijk	

¹ Een wettelijke vertegenwoordiger voor personen tot 18 jaar:

- Eén van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft,
- Een voogd

Een wettelijke vertegenwoordiger voor personen van 18 jaar en ouder:

- Een door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder.

Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die geen wettelijke vertegenwoordiger is.



3. Verheldering van de zorgvraag

3.1 Wat is/zijn de medische diagnose(n), waaruit de zorgvraag ontstaat?

- a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend (huis)arts? Ja Nee
- b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd.

c. Wat is de medische voorgeschiedenis?

- d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien? Ja Nee

3.2 Is/zijn er fysieke beperking(en)? Ja Nee

a. Wat is/zijn deze beperking(en)?

b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?

c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

3.3 Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)? Ja Nee

a. Wat is/zijn deze beperking(en)?

b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?

c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

3.4 Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)? Ja Nee



- 3.5 Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?** Ja Nee
- a. Zo nee, waarom niet?
- b. Zo ja, welke en waarvoor?
- 3.6 Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?** Ja Nee
- a. Zo nee, waarom niet?
- b. Zo ja, welke en waarvoor?
- 3.7 Is er een ergotherapeut betrokken?** Ja Nee
- a. Zo ja: graag een kopie van het verslag meesturen.
- b. Zo nee, waarom niet?
- 3.8 Zijn er andere behandelaren betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)** Ja Nee
- a. Zo nee, waarom niet?
- b. Zo ja, welke en waarvoor?
- 3.9 Omschrijf het netwerk van de verzekerde.**
- Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie:
<https://www.venvn.nl/themas/wijkverpleging/toolbox-wijkverpleegkundigen/sociaal-maatschappelijk-participeren>
- a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?



b. Is er wel een netwerk aanwezig, maar kan dit geen ondersteuning bieden? Geef een toelichting wat hiervan de reden is.

4. Verpleegkundige diagnose op basis van de vraagverheldering

4.1 Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor de inzet van wijkverpleging.

4.2 Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.

4.3 Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.

4.4 Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst? Ja Nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

4.5 Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?

4.6 Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.). Ja Nee

a. Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s).

b. Zo nee, waarom niet?



5. Doelstellingen en interventies

Vul in deze tabel, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging (VP) en verzorging (PV)² SMART³ in.

Doelstelling	Interventies	PV of VP	Hoeveel tijd kost dit per interventie (uren/minuten)?	Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week?	Bij welk resultaat is het doel bereikt?	Per welke datum is het doel bereikt?
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				
		PV VP				

5.1 Evaluatie

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?

² In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

³ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden



6. Indicatiestelling

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-pgb.

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie
Verpleging uren / minuten per week		
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		

(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten

Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week voor Zorg in Natura.

Verpleging uren / minuten per week		
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week		

(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten

Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:

7. Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

7.1 Indien van toepassing: welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?

Naam arts

Telefoonnummer

Specialisme

Ziekenhuis

Vergeet u niet deze verklaring van de arts mee te sturen.

8. Zorg aan kinderen tot 18 jaar

8.1 Indien van toepassing: welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?

Naam arts

Telefoonnummer

Specialisme

Ziekenhuis

Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts

Let op! De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.



9. Looptijd en contactpersonen

9.1 Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot en met wanneer is deze geldig?

Datum ingang indicatie

Datum einde indicatie (tot en met)

Verpleging

Persoonlijke verzorging

9.2 Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Indien ja, (wettelijke) vertegenwoordiger (invullen naam en relatie tot verzekerde)

Huisarts

Erkende tolk, naam

Overige (invullen naam en relatie tot verzekerde)

10. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo, Jeugdwet en de Wlz;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen zorg is meegenomen, die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
- er 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;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie).
- ik het zorgplan toevoeg aan deze aanvraag.

Datum

Naam verpleegkundige

Handtekening verpleegkundige

Handtekening van diegene waarvoor het pgb wordt aangevraagd

Als het aanvraagformulier Zvw-rgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw pgb.



Deel 2: Verzekerde deel

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld¹.

Wij verzoeken u voor het invullen het geldende Reglement Zvw-pgb te raadplegen.
Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

Zorgverzekeraar

1. Gegevens verzekerde

Achternaam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Geslacht
			Man Vrouw
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Telefoonnummer	E-mailadres	Klantnummer

2. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

A: Een wettelijke vertegenwoordiger

Voor personen tot 18 jaar:

- Eén van de ouders met ouderlijk gezag
- Een voogd

Voor personen vanaf 18 jaar:

- Een door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder

B: Een vertegenwoordiger

Een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die geen wettelijke vertegenwoordiger is.

2.1 Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in.

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Nee

Gegevens van uw (wettelijke) vertegenwoordiger:

Achternaam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
Straat	Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats	Telefoonnummer
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Relatie tot verzekerde	

Gegevens van uw bewindvoerder, mentor of curator, als deze een organisatie is:

Vergeet niet om de beschikking van de rechtbank mee te sturen.

Naam organisatie	Contactpersoon	KvK nummer organisatie
Postcode	Woonplaats	Telefoonnummer

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.



3. Reden van de pgb aanvraag

3.1 Wat is de reden van uw aanvraag?

Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een pgb aan

Ik ontvang reeds verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb

Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

Ik verander van zorgaanbieder(s) (U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

Ik ben overgestapt van verzekeraar

4. Gecontracteerde aanbieder (ZiN)

4.1 Ontving u voorafgaand aan de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde zorgaanbieder?

Ja, van:

Nee

5. Waarom wilt u een pgb?

5.1 Hieronder dient u toe te lichten:

a. waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.

b. waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder

6. Door wie wordt de zorg nu verleend en/of wie gaat de zorg verlenen?

6.1 Beschrijf welke zorg er al (vrijwillig) verleend wordt en welke zorg er (vrijwillig) verleend zal worden, zoals:

- zorg die ouders verlenen aan hun kind of kinderen aan hun ouders;
- zorg die door het eigen cliëntnetwerk verleend wordt;
- overname van zorg vanuit het Zvw-rgb;
- overname van zorg vanuit gecontracteerde zorg (ZiN);
- de uitvoering van mogelijke voorbehouden en/of risicovolle handelingen vanuit het Zvw-rgb;
- de borging van de kwaliteit van de zorg.



7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vul in onderstaand schema in wie u als zorgverlener wilt inhuren.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad?	AGB-code ²
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	
			Ja Nee	

1 Zie bijlage met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

2 U hoeft geen AGB-code of KvK-nummer in te vullen:

- als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad, of;
- als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG-registratie verpleegkundige niveau 4 of 5), of;
- als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

² Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB-code in. De AGB-code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl



8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 onder punt 6. Indicatiestelling van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
Totaal uren/minuten		

8.1 In de vorige tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb. Maakt u, of zijn er naast deze pgb afspraken, ook afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders (ZiN)?

Ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken):

Nee

8.2 Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk³

Ik wil mijn pgb in laten gaan op⁴:

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

³ Het pgb gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) heeft ontvangen en beoordeeld.

⁴ Deze datum kan niet vallen voor de ondertekendatum van aanvraag deel 1 en aanvraag deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend bij de verzekeraar binnen zijn.



9. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

9.1 Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

- Verpleegkundige deel (deel 1)
- Verzekerde deel (deel 2)
- Verklaring een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)
- Het Zorgplan
- Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (indien van toepassing)

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dit is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen. Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) 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 mijn zorgverzekeraar 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 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 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;
- 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 geldende Reglement Zvw-pgb;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien de zorgverzekeraar 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 de zorgverzekeraar 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 pgb doorgeef aan de zorgverzekeraar.

Datum

Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger⁵

Handtekening verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger⁶

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger⁷

⁵ Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁶ Indien van toepassing

⁷ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.