

Aevitae  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen

## Aanvraagformulier Machtiging

### Gegevens verzekerde

Naam klant: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Polisnummer: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  Man  Vrouw

Vervolgaanvraag: \_\_\_\_\_

Ingangsdatum: \_\_\_\_\_ Einddatum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Indicatie: \_\_\_\_\_

Ongeval: \_\_\_\_\_

Nadere gegevens: \_\_\_\_\_

### Farmacie

Omschrijving: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Paramedische hulp

Soort hulp:  Fysiotherapie  Ergotherapie  Logopedie  
 Mensendieck  Dieetadvisering  Cesar

Locatie hulp:  praktijk  aan huis  in instelling

Vorm hulp:  individueel  groepstherapie  eenmalig consult

Is sprake van:  (dag)opname  ontslagdatum: \_\_\_\_\_

T invultekst zonder lijn: \_\_\_\_ Aantal per week: \_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Diagnosecode: \_\_\_\_ Indicatiecode: \_\_\_\_

### Diagnose

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hulpmiddelen

Omschrijving/gewenste voorziening:

---

---

Positie hulpmiddel:

Reparatie

Aanpassing

## Gegevens aanvrager/verwijzer

Naam (stempel):

---

Adres: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

AGB code: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Ingangsdatum: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

## Gegevens hulpverlener/aanvrager

Naam (stempel):

---

Adres: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

AGB code: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Ingangsdatum: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

## Advies

Advies/opm. adviseur:

---

---

---

Ingangsdatum: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Opsturen naar [zorgverzekering@vrieling.nl](mailto:zorgverzekering@vrieling.nl).