

Met dit formulier vraagt u een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv) of een verlenging van uw pgb vv aan. Deel 1 wordt door een verpleegkundige HBO niveau 5 ingevuld, werkzaam voor een zorginstelling. Deel 2 wordt door u en/of uw vertegenwoordiger ingevuld. We vragen u het Reglement pgb vv goed door te lezen en het aanvraagformulier volledig in te vullen en te ondertekenen. Het Reglement pgb vv kunt u vinden via www.defriesland.nl/pgb. Het ingevulde aanvraagformulier stuurt u naar ons op. Wanneer u de wettelijke vertegenwoordiger (anders dan een ouder) bent, stuurt u een kopie van de rechterlijke uitspraak of het bewijs van voogdijschap mee.

Wat kunt u verwachten?

Na ontvangst van uw aanvraagformulier controleren wij de inhoud en volledigheid hiervan en beoordelen wij of uw aanvraag aan de gestelde voorwaarden voldoet. U wordt gebeld voor een 'Bewust Keuzegesprek'. Het is ook mogelijk dat we u uitnodigen voor een gesprek bij ons op kantoor. Tijdens dit gesprek kijken we of u zelfstandig een pgb kunt beheren en of u een bewuste keuze maakt voor zorg via een pgb. Binnen zes weken na ontvangst van uw volledig ingevulde aanvraagformulieren krijgt u schriftelijk bericht of het pgb wordt toegewezen of wordt afgewezen.

U kunt deze formulieren sturen naar:

De Friesland Zorgverzekeraar
Afdeling pgb Zvw
Postbus 270
8901 BB Leeuwarden

Heeft u nog vragen?

Neem dan gerust contact op met onze afdeling pgb Zvw. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 17.00 uur op telefoonnummer (058) 291 38 27. U kunt ook een mail sturen naar pgb@defriesland.nl. Wij helpen u graag verder.

DEEL 1: VERPLEEGKUNDIG DEEL 2018

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of de (wettelijk) vertegenwoordiger¹
Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

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

Achternaam		Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Voorletters		
Adres		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
BSN		
Telefoonnummer		
E-mailadres		

2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-register)	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BIG-nummer	
Niveau opleiding	
Werkzaam voor een organisatie met een toelating WTZI (Wet Toelating Zorg Instellingen):	
Naam	
AGB-code	

3. Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar

☐ Verpleging en/of verzorging

Of de zorgvraag betreft

☐ Palliatief Terminale Zorg (PTZ)²

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

☐ Ja, te weten

☐ Nee

¹ Een **wettelijk vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar, één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft. Voor een persoon van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

Een **vertegenwoordiger** is uw partner of een familielid (bloed- en aanverwant in de 1^e of 2^e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

² Er is een terminaalverklaring van de behandelend arts aanwezig.

Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde

☐ Zie het uitgeprinte deel van het Elektronisch Cliëntendossier¹

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde

☐ Zie het uitgeprinte deel van het Elektronisch Cliëntendossier¹

Omschrijf de zorgvraag verpleging en/of verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging. Of omschrijf de zorg die geboden moet worden conform tabel op de volgende pagina.

☐ Zie het uitgeprinte deel van het Elektronisch Cliëntendossier¹

- omschrijving handelingen
- soort (PV/VP)
- minuten/uren per handeling

¹ Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Cliëntendossier mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

Omschrijving handelingen	Soort (doorhalen wat <u>niet</u> van toepassing is)	Minuten/Uren per handeling
	VP / PV	
	VP / PV	
	VP / PV	
	VP / PV	
	VP / PV	
	VP / PV	

Omschrijf de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag

☐ Zie het uitgeprinte deel van het Elektronisch Cliëntendossier³

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt, sprake van gebruikelijke zorg die door familie en/of sociaal systeem wordt geleverd?

☐ Zie het uitgeprinte deel van het Elektronisch Cliëntendossier³

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt, sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet?⁴

☐ Ja, namelijk

☐ Nee

³ Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Cliëntendossier mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

⁴ Indien de verzekerde een indicatie heeft voor WLz (Wet langdurige zorg) of hiervoor in aanmerking komt, is er geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk.

Paraaf verpleegkundige

4. Over de door u vastgestelde indicatie

Wat is de totale zorgbehoefte verpleging en/of verzorging per week⁵

<input type="checkbox"/> Verpleging	Uren / minuten per week	(volledig uitschrijven)
<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging	Uren / minuten per week	(volledig uitschrijven)
Datum ingang indicatie Verpleging		(verplicht in te vullen)
Datum einde indicatie Verpleging		(verplicht in te vullen)
Datum ingang indicatie Persoonlijke verzorging		(verplicht in te vullen)
Datum einde indicatie Persoonlijke verzorging		(verplicht in te vullen)

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

- ☐ Verzekerde zelf
- ☐ Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde
Zo ja, naam (wettelijke) vertegenwoordiger
- ☐ Huisarts
- ☐ Erkende tolk, naam
- ☐ Overige

Toelichting op de wijziging van de indicatie (bij herindicatie)

5. In geval van PTZ

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Wij vragen u de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat verzekerde aangewezen is op PTZ.

6. 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 Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie;
- 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 van de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld, waar de verzekerde zelf bij was.

Datum

Naam verpleegkundige

Handtekening verpleegkundige

⁵ Indien de zorgbehoefte verandert moet de indicatie aangepast worden.

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1. verklaring arts dat er sprake is van terminale zorg (indien van toepassing).
2. kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.

Als het aanvraagformulier pgb 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 het pgb.

DEEL 2: VERZEKERDE DEEL 2018

Dit deel vult de verzekerde in of de (wettelijk) vertegenwoordiger. Wij verzoeken u vóór het invullen het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging te lezen. Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

1. Gegevens verzekerde

Achternaam	<input type="text"/>	Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Voorletters	<input type="text"/>	
Geboortedatum	<input type="text"/>	
Relatienummer	<input type="text"/>	

2. (Wettelijk) vertegenwoordiger

Dit vult u alleen in als de persoon voor wie het PGB wordt aangevraagd een (wettelijk) vertegenwoordiger heeft.

Een **wettelijk vertegenwoordiger** is een van de ouders (voor een persoon jonger dan 18 jaar), een voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

a. Bent u voogd, curator, mentor of bewindvoerder?

Stuurt u dan een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank. Dit is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

b. Bent u als ouder wettelijk vertegenwoordiger?

Dan hoeft u niets mee te sturen.

Een **vertegenwoordiger** is uw partner, of een familielid (bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad) die niet aan de definitie van een wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Ik heb:

- ☐ Geen (wettelijk) vertegenwoordiger
- ☐ Een wettelijk vertegenwoordiger (vult u dan de gegevens hieronder in)
- ☐ Een vertegenwoordiger (vult u dan de gegevens hieronder in)

Gegevens (wettelijk) vertegenwoordiger

Achternaam	<input type="text"/>	Geslacht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Voorletters	<input type="text"/>	
Adres	<input type="text"/>	
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>	
Geboortedatum	<input type="text"/>	
BSN	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	<input type="text"/>	
Relatie tot verzekerde	<input type="checkbox"/> Familielid 1 ^e graad / 2 ^e graad	
	<input type="checkbox"/> Echtgeno(o)t(e) / (geregistreerd) partner	
	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk <input type="text"/>	

Als de bewindvoerder een organisatie is

Naam organisatie	<input type="text"/>
Naam contactpersoon	<input type="text"/>
KvK-nummer organisatie	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>

3. Reden van de PGB aanvraag

- ☐ Ik vraag voor het eerst een PGB aan
- ☐ Ik vraag een PGB aan omdat mijn huidige indicatie afloopt
- ☐ Ik heb een nieuwe indicatie omdat mijn zorgbehoefte is gewijzigd
- ☐ Ik ontvang al verpleging/verzorging maar wil (deels) over stappen naar PGB

4. Gegevens medisch specialist

Naam medisch specialist	
Specialisme	
Telefoonnummer	
Adres	
Postcode en plaats	

5. Waarom wilt u een PGB?

Wij vragen u hieronder toe te lichten:

- Waarom u een PGB wilt voor verpleging en/of verzorging;
- Waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder;

Maakt u momenteel gebruik van gecontracteerde zorg voor verpleging en/of verzorging?

Gecontracteerde zorg houdt in dat de zorgaanbieder een contract heeft met De Friesland voor verpleging en/of verzorging en de nota's rechtstreeks bij De Friesland declareert.

- ☐ Nee, ik maak geen gebruik van gecontracteerde zorg
- ☐ Ja, ik ontvang zorg (of ga zorg ontvangen) van onderstaande organisatie

6. Beschrijf hier hoe u de zorg wilt regelen

Leg uit hoe u de zorg wilt regelen. Het gaat om de zorg waarvoor u een indicatie heeft. Doet u dit voor een hele week. Beschrijf waarom u deze zorg als gevolg van uw ziekte en/of aandoening op deze manier nodig heeft.

7. Bij welke zorgverleners¹ wilt u de zorg inkopen?

Naam		Adres (postcode en huisnr.)	Plaats	AGB nummer ²	KvK nummer ²
a					
b					
c					
d					
e					
f					

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 1^e of 2^e 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.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in.

Is er een zorgaanbieder die een bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad is, of uw partner?

☐ Ja

Voor welke bovengenoemde zorgverleners geldt dit?

☐ Nee

Kunt u aangeven van wie u zorg krijgt als uw zorgverlener(s) afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie?

9. Bankgegevens

10. Ondertekening

Ik verklaar dat ik:

- instem met het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging van mijn zorgverzekeraar.
- toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag.
- 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.
- niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz).
- 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).
- in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen 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.
- op de hoogte ben van de aan de verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement pgb vv.
- van de inhoud van dit formulier kennis heb genomen.
- alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.
- weet dat verzwijging van de voor De Friesland belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.
- alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan De Friesland.

Naam verzekerde

Handtekening verzekerde

Datum

Naam

wettelijk vertegenwoordiger*

Handtekening

wettelijk vertegenwoordiger*

Datum

*Als het van toepassing is.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U stuurt de complete set voor uw aanvraag naar De Friesland Zorgverzekeraar, bestaande uit:

1. Het verpleegkundig deel (deel 1)
2. Het verzekerde deel (deel 2)

Indien van toepassing:

- Een verklaring van de arts dat er sprake is van Palliatieve Terminale Zorg (PTZ).
- Een kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronisch Cliëntendossier, als u daartoe toestemming heeft verleend.
- Bent u voogd, curator, mentor of bewindvoerder? Dan stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank.
- Kopie bankpas.

Let op: Als de aanvraag niet volledig is, kunnen we deze niet in behandeling nemen. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van het pgb.

Formele zorgverlener

- a. Een organisatie of zelfstandige zonder personeel (ZZP'er), niet zijnde uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent en als zodanig met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88 staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel of;
 - b. Een verpleegkundige, niet zijnde uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die niet is ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.
- In afwijking hiervan wordt een verpleegkundige met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code aangemerkt als informele zorgverlener.

Informele zorgverlener

- a. Uw partner en uw familieleden in de eerste of tweede graad of;
- b. Een andere zorgverlener die niet onder de definitie van formele zorgverlener valt of;
- c. Een verpleegkundige die valt onder b. van de definitie van formele zorgverlener, met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code.

Familielid in de eerste of tweede graad

Uw (adoptie)ouder(s), uw (adoptie)kind(eren), de (adoptie)ouder(s) van uw partner, de (adoptie)kind(eren) van uw partner, de partner van uw (adoptie)kinderen (schoonzoon of schoondochter), grootouders, kleinkinderen, broers, zussen van uzelf of uw partner. Met partner wordt hier bedoeld echtgeno(o)t(e) of geregistreerde partner.

Partner

Uw echtgenoot, geregistreerd partner of andere levenspartner, ongeacht of u daarmee samenwoont en/of een gezamenlijke huishouding voert.

Vertegenwoordiger

Uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die u op eigen kracht als uw vertegenwoordiger aanwijst en die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat bent de taken en verplichtingen die bij het PGB horen op verantwoorde wijze uit te voeren. Als vertegenwoordiger accepteren wij niet iemand:

- a. tegen een vergoeding uw pgb beheert;
- b. bij een eerder pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- c. volgens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
- d. zijn vrijheid is ontnomen;
- e. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, of een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
- f. failliet is verklaard, of
- g. op een andere wijze onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen.

Algemeen GegevensBeheer-code (AGB-code)

Het is verplicht om voor een formele zorgverlener een AGB-code op de nota te vermelden. Zonder AGB-code kan er geen vergoeding plaatsvinden.

Een AGB-code is een landelijke code waarmee de zorgaanbieder kan worden herkend. Met deze unieke code staan zorgaanbieders geregistreerd in een landelijke database. Dit systeem wordt beheerd door Vektis. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen.

Beschikt uw zorgaanbieder niet over deze code, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis aanvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl