



Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Aanvraagformulier machtiging hulpmiddelen

Gegevens verzekerde

Geslacht: Man Vrouw

Naam: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Polisnummer: _____

Gegevens hulpmiddel

Reden aanvraag:

1e aanvraag

Herhalingsaanvraag buiten gebruikstermijn:

Datum verstrekking huidig hulpmiddel: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Herhalingsaanvraag binnen gebruikstermijn:

Datum verstrekking huidig hulpmiddel: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Let op: Aanvullende motivatie verplicht invullen (zie pagina 2)

Aanvraag van niet-gecontracteerde zorgverlener

Omschrijving hulpmiddel:

Positie hulpmiddel: Links Rechts Beiderzijds

Medische indicatie:

Indien van toepassing:

Reparatie Aanpassing

Startdatum: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Aanvullende motivatie (optioneel):

Gegevens verwijzer:

Naam:

Specialisatie:

AGB code:

Let op: Voeg de verwijzing met handtekening van uw arts toe als bijlage (verplicht).

Gegevens zorgaanbieder:

Naam:

AGB code:

Let op: Voeg de offerte voor het hulpmiddel toe als bijlage (verplicht).

Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Aevitae

T.a.v. Team Medical

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

Of online via ons beveiligd contactformulier [Indienen medische aanvraag](#).

Als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en/of de verplichte bijlagen ontbreken, nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.

Heeft u een andere vraag? Vul dan het [contactformulier](#) in.