

Aanvraagformulier fysiotherapie, oefentherapie en oedeemtherapie

(eerste aanvraag, in te vullen door zorgverlener)

- Vraagt u een verlenging aan voor oedeemtherapie? Gebruik dan ons 'Aanvraagformulier verlenging oedeemtherapie'.
- Per item staat aangegeven welke informatie minimaal nodig is voor een beoordeling. Onvolledige aanvragen nemen wij niet in behandeling.

Gegevens verzekerde

Geslacht: Man Vrouw

Voorletters en achternaam: _____

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Polisnummer: _____ BSN (voor zorgaanbieders): _____

Gegevens behandeling

Alleen voor onderstaande diagnosecoderingen van aandoeningen voorkomend op bijlage 1 van het 'Besluit Zorgverzekering' moet toestemming worden aangevraagd.

Kruis aan	Diagnosecode	Omschrijving en aanvulling	Let op
	3038, 3138	Verlenging bij een whiplash na drie maanden. Datum ongeval: __ __ - __ __ - __ __ __ __	Uit de aanvraag moet blijken dat er sprake is van trias bewegingsverlies, conditieverlies en cognitieve stoornissen.
	XX46	Lymfoedeem (eerste aanvraag). Startdatum in 2024? Aanvraag is nodig. Startdatum in 2025? De eerste 24 maanden is een aanvraag niet nodig. Daarna stuurt u een verlengingsaanvraag.	Verlenging? Gebruik het 'Aanvraagformulier verlenging oedeemtherapie'.
	XX70, XX78	Een aandoening van het zenuwstelsel: <ul style="list-style-type: none"> • A2°. ruggemergaandoening; • A4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval; • A7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel; • A8°. cerebellaire aandoening; • A9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel; • A10°. radiculair syndroom met motorische uitval; • A11°. spierziekte; • A12°. myasthenia gravis. 	Bij een perifere zenuwaandoening (A4) of radiculair syndroom (A10) bestaat er uitsluitend aanspraak als er sprake is van motorische uitval. Dit moet blijken uit de verwijzing.
	9380	Aandoening vallend onder D5 (status na opname of revalidatie(dag) behandeling) waarin de DCSPH-systematiek niet voorziet. Opnamedatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __ Ontslagdatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __ of Datum laatste dagbehandeling: __ __ - __ __ - __ __ __ __	Alleen aanspraak als de patiënt na ontslag niet ADL-zelfstandig is en het behandelplan gericht is op herstel van de ADL-vaardigheden en niet alleen gericht op opbouwen kracht en uithoudingsvermogen.
	XXXX	Identieke diagnosecodering bij gelimiteerde aandoening binnen 12 maanden na afloop eerste behandeltraject.	Doorgeven startdatum traject 2, diagnosecode en CSI- / aanspraakcodes.

Medische indicatie zoals vastgesteld door verwijzer:

Let op: voeg de verwijzing/verklaring van de arts toe als bijlage.

Diagnosecode: _ _ _ _
Ingangsdatum: _ _ - _ _ - _ _ _ _
Soort zorg: fysiotherapie oefentherapie huidtherapie
Betreft het een verlengingsaanvraag? ja nee
Locatie behandeling: praktijk aan huis instelling

Gegevens behandelaar:

Naam praktijk: _____
AGB-code praktijk: _____
AGB-code zorgverlener*: _____
E-mailadres: _____

**indien van toepassing bij specialisatie*

Indienen aanvraag

Wat stuurt u mee?

- Dit volledig ingevulde formulier.
- Als bijlage toevoegen: een verklaring of verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, specialist ouderengeneeskunde (SO) of medisch specialist waaruit de medische indicatie blijkt en dat behandeling nodig is.

Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Per post

Aevitae
T.a.v. Team Medical
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Digitaal

[Contactformulier](#)