



Aevitae

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

Wijzigingsformulier Zvw PGB

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (PGB) uit de zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aan ons doorgeven.

1. Gegevens budgethouder

Polisnummer:

Machtigingsnummer

op toestemmingsverklaring:

Naam verzekerde:

Geslacht: man vrouw

Geboortedatum:

Burgerservicenummer:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

2. Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

- (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 3 en 6 in)
- Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 4 en 6 in)
- Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 5 en 6 in)
- Wijziging zorgverlener (vul vraag 6 en de bijlage in)

3. (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde

Ingangsdatum (adres)wijziging:

Nieuwe gegevens

Voorletter(s), voorvoegsel(s),
achternaam:

Straatnaam, huisnummer:

Postcode, plaatsnaam:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Geslacht: man vrouw

Geboortedatum:

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

- De budgethouder is jonger dan 18 jaar. Ik ben ouder/voogd.
Dit formulier wordt ondertekend door de ouder/voogd (wettelijke vertegenwoordiger).
- Ik ben gemachtigd door de budgethouder.
Dit formulier wordt ondertekend door de budgethouder én de gemachtigde.
- Ik ben benoemd tot bewindvoerder of curator.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder of curator (wettelijke vertegenwoordiger).

Aanvullende stukken

Betreft het een wijziging wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs budgethouder, gemachtigde of diens wettelijke vertegenwoordiger van u nodig.

4. Opname

Als u langer dan 2 maanden opgenomen bent in het ziekenhuis of een andere zorginstelling beëindigen wij uw budget.

Opnamedatum: _____

Naam ziekenhuis/zorginstelling: _____

Plaatsnaam: _____

5. Beëindiging persoonsgebonden budget

a) Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging Persoonsgebonden Budget.

- Overlijden van de budgethouder Datum overlijden _____
- Er is geen zorg meer nodig
- Zorg wordt vervolgd in zorg in natura
- Een andere reden, namelijk _____

b) Per welke datum wilt u het PGB beëindigen? _____

6. Ondertekening

- Budgethouder
- Ouder 1
- Voogd
- Curator
- Bewindvoerder
- Gemachtigde
- Ouder 2

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar:

Aevitae Postbus 2705 6401 DE Heerlen t.a.v. afdeling Medische Garanties/PGB

Bijlage wijzigingsformulier Zvw-pgb

Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in uw oorspronkelijke aanvraag die eerder door ons is goedgekeurd. Dit gebruikt u als basis.

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB code *
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____

* U hoeft geen AGB code in te vullen als :

- uw zorgverlener een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener die niet BIG geregistreerd is.

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 bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl.

Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Persoonsgebonden Budget (PGB) en/of door uw zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder mag niet boven de door verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op uw oorspronkelijke aanvraag komen.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u van uw zorgaanbieder(s) wil inkopen

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	Aantal uren/minuten per week MSVT	PGB Ja / Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Totaal aantal uren / minuten	_____	_____	_____	

Mocht het totaal aantal uren wel gewijzigd zijn ten opzichte van uw eerder goedgekeurde pgb budget, dan dient u een nieuwe indicatie te laten stellen door een wijkverpleegkundige. Deze stuurt u dan met een nieuwe aanvraag naar ons toe ter beoordeling.