

## Aanvraagformulier behandeling buitenland

Vul dit formulier in en stuur het op naar:

Azivo Zorgverzekeraar, t.a.v. Aanvragen Buitenlandzorg, Postbus 13731, 2501 BP Den Haag

**Let op: het formulier dient volledig en naar waarheid te worden ingevuld.**

**Niet volledig ingevulde en niet ondertekende aanvragen worden niet in behandeling genomen.**

**Wilt u de volgende bijlagen meesturen: 1. verwijzingen/gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts in Nederland;**

**2. behandelplan met prijsopgave van de aangevraagde behandeling;**

**3. gegevens van eerdere behandelingen voor deze ziekte/aandoening.**

### Algemene gegevens verzekerde

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M*	<input type="checkbox"/> V*
Verzekerdnummer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>		
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>		

Omschrijving aandoening/klachten

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Welke medische behandeling gaat er plaatsvinden en waarom?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Is er sprake van een ziekenhuisopname?  Ja  Nee\*

### Algemene gegevens huisarts

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>
Straat en huisnummer	<input type="text"/>
Postcode en plaats	<input type="text"/>
Ben u door uw huisarts doorverwezen naar de specialist in het buitenland?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee*

### Gegevens Nederland

Naam behandelend specialist	<input type="text"/>
Soort specialisme	<input type="text"/>
Naam ziekenhuis	<input type="text"/>
Ben u door deze specialist doorverwezen naar de specialist in het buitenland?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee*

## Gegevens buitenland

Naam behandelend specialist

Soort specialisme

Naam ziekenhuis

Land


## Slotverklaring

De verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden door de zorgverzekeraar in overeenstemming met de wet op zorgvuldige wijze verwerkt. Door ondertekening van dit aanvraagformulier geeft u tevens toestemming aan de zorgverzekeraar om rechtstreeks nadere informatie op te vragen bij uw huisarts of behandelend specialist.

## Ondertekening

Naar waarheid ingevuld

Plaats

Handtekening verzekerde

Datum