

# Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging

## DEEL 1: Verpleegkundig deel

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger<sup>1</sup>.  
Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

### 1. Gegevens verzekerde

Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> de heer <input type="checkbox"/> mevrouw
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>
BSN:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Naam verzekeraar:	<input type="text"/>
Verzekerde/relatienummer:	<input type="text"/>

### 2. Gegevens verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register):	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
BIG nummer:	<input type="text"/>
Niveau opleiding:	<input type="text"/>
AGB-code verpleegkundige:	<input type="text"/>
Naam zorgaanbieder:	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Een **wettelijke vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

**Paraaf verpleegkundige:**

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

#### De zorgvraag betreft<sup>2</sup>:

- verpleging of verzorging voor de verzekerde langer dan één jaar
- Intensieve kindzorg (IKZ)
- medisch specialistische verzorging thuis (MSVT) voor een kind tot 18 jaar
- palliatieve terminale zorg (PTZ)

#### Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

#### Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

#### Omschrijf de zorgvraag van de verzekerde op het gebied van verzorging en verpleging

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

#### Omschrijf de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag

Ze uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Indien er geen sprake is van één van de vier genoemde categorieën, valt de verzekerde niet onder de doelgroep voor een pgb en hoeft u het formulier niet verder in te vullen. Zie voor toelichting ook het Reglement pgb verpleging en verzorging 2016. Deze is te raadplegen op onze website.

<sup>3</sup> Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Clientendossier (ECD) 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.

**Paraaf verpleegkundige:**

**Omschrijf wat er met de verzekerde is afgesproken over onbetaalde zorg die door familie en/of het sociaal systeem wordt geleverd**

o zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

**Geeft de verzekerde aan gebruik te maken van voorliggende zorg of hulpmiddelen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), Jeugdwet en/of Wlz (Wet Langdurige Zorg)?**

ja, namelijk:

Nee

**Omschrijf of verzekerde zorg nodig heeft**

- die vooraf slecht te plannen is, omdat deze nodig op verschillende tijden en/of korte momenten op de dagen en/of op afroep en/of
- op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties en/of
- die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep en/of
- waarbij het noodzakelijk is dat deze zorg geleverd wordt door vaste zorgaanbieders in verband met de specifieke zorgverlening die nodig is en/of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen

o zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Clientendossier (ECD) 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.

**Paraaf verpleegkundige:**

#### 4. Over de door u vastgestelde indicatie

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging, verzorging en MSVT per week<sup>4</sup>

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verpleging <sup>5</sup><br>uren / minuten per week              | <input type="text" value="(volledig uitschrijven)"/><br>Bijv. drie uur en tien minuten |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging <sup>6</sup><br>uren / minuten per week | <input type="text" value="(volledig uitschrijven)"/><br>Bijv. drie uur en tien minuten |
| <input type="checkbox"/> MSVT (kind tot 18 jaar)<br>uren / minuten per week              | <input type="text" value="(volledig uitschrijven)"/><br>Bijv. drie uur en tien minuten |

Voor welke periode is deze zorg nodig (zowel ingang als einddatum invullen)

- |  | Datum ingang indicatie | Datum einde indicatie (tot en met) |
|--|------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verpleging              | <input type="text"/>   | <input type="text"/>               |
| <input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging | <input type="text"/>   | <input type="text"/>               |
| <input type="checkbox"/> MSVT (kind tot 18 jaar) | <input type="text"/>   | <input type="text"/>               |

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken

- Verzekerde zelf
- Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde  
Indien ja, naam (wettelijke) vertegenwoordiger:

#### 5. In geval van IKZ

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts

Ziekenhuis

#### 6. In geval van MSVT voor een kind tot 18 jaar

Welke medisch specialist heeft de indicatie voor de MSVT afgegeven?

Naam arts

Ziekenhuis

Vergeet u niet de indicatiestelling van de medisch specialist mee te sturen, waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op MSVT.

<sup>4</sup> Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen- (beleidsregel Nza BR/CU-7138)

<sup>5</sup> Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (beleidsregel Nza BR/CU-7138) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

<sup>6</sup> Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (beleidsregel Nza BR/CU-7138) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

Paraaf verpleegkundige:

## 7. In geval van PTZ

Indien ja, welke arts heeft de verklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts

Ziekenhuis

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

## 8. Ondertekening door verpleegkundige

Ik verklaar dat de afgegeven indicatie 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 verklaar dat de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuish situatie is beoordeeld.

Datum

Naam Verpleegkundige

Handtekening Verpleegkundige

## 9. Ondertekening door de verzekerde

Ik verklaar dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag.

Ik verklaar dat de vastgestelde zorgbehoefte met mij is besproken.

Ik verklaar dat ik naast deze indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuish situatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik.

Datum

Naam verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger

### Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1. verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
2. indicatiestelling medisch specialist dat er sprake is van Medisch Specialistische Zorg (indien van toepassing).
3. 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 en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**

Paraaf verpleegkundige:

## DEEL 2: Verzekerde deel

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.<sup>1</sup>

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op onze website. Op onze website vindt u ook antwoorden op veel gestelde vragen over het pgb.

### 1. Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar:

### 2. Gegevens verzekerde

Achternaam:

Voorletters:

de heer  mevrouw

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Telefoonnummer:

E-mail:

Naam verzekeraar:

Verzekerde/relatienummer:

### 3. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

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

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

#### Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

- Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
- Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
- Nee

#### Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum

<sup>1</sup> Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

BSN	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Relatie tot verzekerde	<input type="text"/>

**Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is**

Naam organisatie	<input type="text"/>
KvK nummer organisatie	<input type="text"/>
Postcode en plaats	<input type="text"/>
Contactpersoon	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>

**4. Reden van de pgb aanvraag**

**Wat is de reden van uw aanvraag ?**

- Ik vraag voor het eerst een pgb aan
- Ik vraag een pgb aan omdat mijn indicatie afloopt  
*(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik verander van zorgaanbieder(s)  
*(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier pgb vv niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd  
*(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*

**5. In geval van MSVT: gegevens medisch specialist**

Naam medisch specialist	<input type="text"/>
Specialisme	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode en plaats	<input type="text"/>

## 6. Waarom wilt u een pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- of u heeft onderzocht of een gecontracteerde zorgaanbieder kan voorzien in uw volledige zorgbehoefte. Als dit niet mogelijk is, licht u toe waarom.



## 7. 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 deel 1. 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 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graad	AGB code *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>

\* U hoeft geen AGB code in te vullen als u uw zorg bij een informele zorgaanbieder in koopt. Een informele zorgaanbieder is een zorgaanbieder die:

- een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of
- niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of
- geen inschrijving heeft in het Handelsregister
- wel een inschrijving heeft in het Handelsregister, maar niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

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](http://www.agbcode.nl)

### 8. 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 het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Totaal aantal uren / minuten</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wilt u uw PGB op een latere datum in laten gaan?

- Nee
- Ja, namelijk op  -  -  (DD-MM-JJJJ)

Beschrijf hieronder waarvoor u zorg gaat ontvangen

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT voor kind tot 18 jaar:

**Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.**

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT voor kind tot 18 jaar:

## 9. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar.
- dat ik 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.
- dat ik 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).
- dat ik 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.
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement pgb vv.
- dat ik alle gegevens naar waarheid heb ingevuld.

**Datum**

**Naam verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger**

**Handtekening verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger\***

**Handtekening (wettelijke) vertegenwoordiger\*\***

\* Als het van toepassing is

\*\* Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

### Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U dient de complete set voor uw aanvraag naar uw zorgverzekeraar te sturen, bestaande uit:

- verpleegkundig deel (deel 1)
- verzekerde deel (deel 2)

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

### Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Zorgverzekeraar VGZ  
Postbus 25150  
5600 RS Eindhoven