

AANVRAAGFORMULIER PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING 2025

DEEL 1: VERPLEEGKUNDIGE DEEL 2025

- Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijk) vertegenwoordiger.¹
- Een kopie van dit deel moet worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.
- Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt de meest recente versie van het normenkader ‘Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving’ van V&VN (juli 2014).
- De gestelde indicatie is maximaal 3 maanden geldig. Indien de verzekerde een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft, is er geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk. U hoeft het formulier niet verder in te vullen.

Invulinstructie:

- Voor de vragen 1, 2, 5A en 6 geldt dat u deze verplicht moet invullen.
- Voor de vragen 7 en 8 geldt dat u deze verplicht moet invullen indien deze van toepassing zijn.
- Voor de vragen 3, 4 en 5 geldt dat u mag verwijzen naar het zorgplan. Wij vragen u dan wel om de checkbox bij de vraag aan te vinken.
 - U kunt alleen ‘ZIE ZORGPLAN’ aanvinken als er ook daadwerkelijk een beschrijving in het zorgplan staat.
- Op elke pagina is een paraaf van de verpleegkundige nodig.
- Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra pagina toevoegen.

Let op: u dient een kopie van het aanvraagformulier Zvw-pgb in uw eigen administratie te bewaren.

1. GEGEVENS VERZEKERDE (VOOR WIE IS HET PGB BEDOELD)

VERPLICHT IN TE VULLEN

Achternaam	_____
Voorletter(s)	_____
Adres	_____
Postcode en woonplaats	_____
Geboortedatum	____ - ____ - ____
Telefoonnummer	_____
E-mailadres	_____
Verzekerdenummer	_____

¹ Een wettelijk 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 een wettelijk vertegenwoordiger een curator, mentor of bewindvoerder, die is benoemd door de Rechtbank. Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst én die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

2. GEGEVENS INDICERENDE VERPLEEGKUNDIGE

VERPLICHT IN TE VULLEN

Naam (zoals vermeld in BIG-register) : _____

Telefoonnummer : _____

E-mailadres : _____

BIG-nummer : _____

Opleidingsniveau : _____

Naam indiceren organisatie : _____

AGB-code indicerende organisatie of persoonlijk : _____

Bereikbaar op (dagen/tijden) : _____

3. VRAAGVERHELDING
 ZIE ZORGPLAN

1	Wat is/zijn de medische diagnose(n) waaruit de zorgvraag ontstaat?	
	a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend arts?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
	b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd.	
	c. Wat is de medische voorgeschiedenis?	
	d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.
2	Is/zijn er (een) fysieke beperking(en)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Wat is/zijn deze beperking(en)?	
	b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?	
	c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?	

3	Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Wat is/zijn deze beperking(en)?	
	b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?	
	c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?	
4	Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5	Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
6	Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
7	Is er een ergotherapeut betrokken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo ja: graag een kopie van het verslag meesturen.	
	b. Zo nee, waarom niet?	

8	Zijn er andere behandelaren betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
9	Omschrijf het netwerk van de verzekerde. Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12. Zie: https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/meedoen .	
	a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?	
	b. Is er wel een netwerk aanwezig is, maar kan dit geen ondersteuning bieden? Geef een toelichting wat hiervan de reden is.	

4. VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE OP BASIS VAN DE VRAAGVERHELDERING
 ZIE ZORGPLAN

1	Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor de inzet van wijkverpleging	
2	Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.	
3	Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.	
4	Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
5	Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?	
6	Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s).	
	b. Zo nee, waarom niet?	

6. INDICATIESTELLING EN LOOPTIJD

VERPLICHT IN TE VULLEN

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-pgb.		
	<i>Voorgaande indicatie (indien van toepassing)</i>	<i>Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten)</i>
Persoonlijke verzorging uren/minuten per week		
Verpleging uren/minuten per week		
Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor zorg in natura (ZIN).		
	<i>Voorgaande indicatie (indien van toepassing)</i>	<i>Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten)</i>
Persoonlijke verzorging uren/minuten per week		
Verpleging uren/minuten per week		
Toelichting op de gewijzigde indicatie in geval van een gewijzigde zorgbehoefte:		
Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot en met wanneer is deze geldig?		
	<i>Datum ingang indicatie</i>	<i>Datum einde indicatie (tot en met)</i>
Persoonlijke verzorging		
Verpleging		
Onderbouwing van de looptijd:		

Hoeveel tijd heeft u besteed aan de indicatiestelling? En wat is hiervoor de onderbouwing?		
Datum	Tijdsduur (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten	Onderbouwing

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

 Verzekerde zelf

 Huisarts

 Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Naam en relatie tot verzekerde : _____

 Erkende tolk. Naam : _____

 Overig. Naam en relatie tot verzekerde : _____

7. PALLIATIEF TERMINALE ZORG (PTZ)

INDIEN VAN TOEPASSING, VERPLICHT INVULLEN

Welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?

Naam arts : _____

Specialisme : _____

Ziekenhuis : _____

Telefoonnummer : _____

Vergeet niet om deze verklaring mee te sturen.

--

8. ZORG AAN VERZEKERDEN TOT 18 JAAR

INDIEN VAN TOEPASSING, VERPLICHT INVULLEN

Welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?

Naam arts : _____

Specialisme : _____

Ziekenhuis : _____

Telefoonnummer : _____

Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts : ____ - ____ - ____

*Let op: de indicatie moet zijn gesteld door een hbo-kinderverpleegkundige.***9. ONDERTEKENING**

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals die zijn gesteld in het normenkader 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van V&VN;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Jeugdwet, Wmo en Wlz;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen zorg is meegenomen die kan worden ingezet door het eigen cliëntnetwerk en de verzekerde zelf;
- er bij de indicatiestelling de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg' is gehanteerd bij het bepalen of er een noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (de verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- ik de medische diagnose, die is gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik de een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie);
- ik bereid ben om de zorgvraag desgevraagd nader toe te lichten aan de zorgverzekeraar;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor DSW belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Let op: zowel de verpleegkundige als de verzekerde, of diens (wettelijk) vertegenwoordiger moeten het aanvraagformulier ondertekenen.

Datum : _____ - _____ - _____

Naam verpleegkundige : _____

Handtekening verpleegkundige : _____

Naam verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger : _____

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger : _____
(uw handtekening)

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en/of ondertekend, en/of relevante bijlagen ontbreken, dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw Zvw-pgb.