

# Aanvraagformulier persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging

Wilt u een pgb aanvragen of een nieuwe indicatie?  
Vul dan dit formulier in en stuur het naar ons op.

## 1: Wie vult het formulier in?



Deel 1 van het formulier, voor de verpleegkundige, wordt ingevuld door de wijkverpleegkundige.



Deel 2 van het formulier, voor de verzekerde, vult u zelf in.

## 2: Dit heeft u nodig om het formulier in te vullen



- Een wijkverpleegkundige BIG geregistreerd + niveau 5 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder)
- Een BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige niveau 5 werkzaam bij een BINKZ aangesloten zorgverlener (voor verzekerden jonger dan 18 jaar)
- Een medicijnenlijst (op te vragen bij de huisarts)
- Een overzicht van uw gezondheidsproblemen waarvoor u een pgb aanvraag doet (op te vragen bij de huisarts)
- Een geldig identiteitsbewijs
- Uw zorgpas
- Een overzicht van degene(n) die de zorg gaan leveren en hun vervanging als ze afwezig zijn  
Naam en adres en indien van toepassing: AGB code
- Gegevens van voogd, curator, mentor of bewindvoerder en kopie beschikking van de rechtbank of van de notariële akte (indien van toepassing)
- Verklaring van de arts in geval van Palliatief Terminale Zorg

## 3: Stuur het formulier naar ons op

Hieronder vindt u een checklist van wat u opstuurt naar ons.



- Deel 1 van het formulier; voor de verpleegkundige**
- Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg
- Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier (alleen als u hiervoor toestemming heeft gegeven). Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur
- Deel 2 van het formulier; voor de verzekerde**
- Kopie van de uitspraak van de rechtbank over de vertegenwoordiging (indien van toepassing)  
*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*
- Kopie van een geldig identiteitsbewijs als u de ouder, wettelijke vertegenwoordiger, bent van een kind jonger dan 18 jaar

Stuur de aanvraag (met postzegel) naar:

Coöperatie VGZ UA\*  
Postbus 25150  
5600 RS Eindhoven



### **BELANGRIJK!**

Controleer voor verzending of het aanvraagformulier volledig is ingevuld en ondertekend. Wij kunnen u het snelste helpen als alles meteen goed en compleet is ingevuld.

## 4: U krijgt een reactie van ons



- U ontvangt binnen 10 werkdagen een ontvangstbevestiging van ons. Hebben wij nog vragen of is uw aanvraag niet compleet? Dan ontvangt u een schriftelijke reactie van ons.
- Wij bellen u op binnen 4 tot 6 weken na ontvangst om de aanvraag te bespreken.
- U krijgt daarna per post een toekenningsbrief of een afwijzingsbrief.

\* Coöperatie VGZ UA omvat VGZ, Univé Zorg, IZA, de IZZ zorgverzekering door VGZ, Bewuzt, UMC, ZEKUR



# DEEL 1: voor de verpleegkundige

De wijkverpleegkundige komt bij u op huisbezoek en bespreekt dit formulier met u als verzekerde of met een (wettelijke) vertegenwoordiger<sup>1</sup>. Daarna vult de wijkverpleegkundige dit deel van het formulier in. Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier is voor het dossier van de wijkverpleegkundige.

## 1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

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"/>

## 2. Gegevens indicerende wijkverpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register)	<input type="text"/>
Telefoonnummer waarop bereikbaar voor verzekeraar	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
BIG nummer	<input type="text"/>
Niveau opleiding	<input type="text"/>
Naam indicerende organisatie	<input type="text"/>
AGB-code indicerende organisatie	<input type="text"/>



### 1. Een wettelijke vertegenwoordiger:

#### Voor personen tot 18 jaar:

- Eén van de ouders met ouderlijk gezag
- Een voogd

#### Voor personen vanaf 18 jaar:

- Een door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder

Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die geen wettelijke vertegenwoordiger is.

### Paraaf verpleegkundige:



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

#### Reden van pgb-aanvraag

- Het is een 1e aanvraag voor een pgb
- De verzekerde ontvangt al verpleging en verzorging in natura, maar wil helemaal of gedeeltelijk zorg in de vorm van een pgb
- Het gaat om een verlenging van het pgb
- Het gaat om een nieuwe indicatie omdat de zorgbehoefte anders is geworden. Omschrijf hieronder de verandering:

#### De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar

- Verpleging/verzorging voor verzekerden **vanaf** 18 jaar
- Verpleging/verzorging voor verzekerden **jonger dan** 18 jaar
- Palliatieve terminale zorg (PTZ)

#### Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- ja, namelijk
- nee

#### Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)<sup>2</sup>

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

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)<sup>2</sup>

#### Omschrijf de zorgvraag voor verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak verpleging en verzorging. Dit kan op 2 manieren:

1. Voeg een print bij uit het Elektronisch Cliëntendossier met daarin:
- omschrijving handelingen
  - soort (PV/VP)
  - totaal aantal uren/minuten per week
  - totaal aantal keren per week zorg nodig

- i** 2. Heeft de verzekerde toestemming gegeven om de anamnese uit het Elektronisch Cliëntendossier mee te sturen? Dan is het voldoende om te verwijzen naar dit dossier als de vraag daarmee tenminste helemaal beantwoord is. Geef anders een nadere toelichting in het tekstkader.

**Paraaf verpleegkundige:**



2. Vul de zorgvraag hieronder in:

### VERPLEGING

Omschrijving handeling	Aantal uren/minuten per keer		Aantal keren per week	TOTAAL aantal uren/minuten per week	
	uren	minuten		uren	minuten
<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"/>	<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"/>	<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### PERSOONLIJKE VERZORGING

Omschrijving handeling	Aantal uren/minuten per keer		Aantal keren per week	TOTAAL aantal uren/minuten per week	
	uren	minuten		uren	minuten
<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"/>	<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"/>	<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Omschrijf hoe de zelfredzaamheid van de verzekerde wordt bevorderd en hoe dit wordt geborgd?

Omschrijf de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)

Paraaf verpleegkundige:



Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak verpleging en verzorging valt nog sprake van zorg door familie of mantelzorgers?

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak verpleging en verzorging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet of Wet langdurige zorg (Wlz)?<sup>3</sup>

Ja, namelijk:

Nee

#### 4. Over de indicatie die door u is vastgesteld

Hoeveel verpleging en/of verzorging is er per week nodig in de vorm van een pgb vanuit de zorgverzekering?

	<b>Vorige indicatie</b> (indien van toepassing) Volledig uitschrijven Bijvoorbeeld 3 uur en 10 minuten	<b>Nieuwe indicatie</b> Volledig uitschrijven Bijvoorbeeld 3 uur en 10 minuten
Verpleging uren/minuten per week	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persoonlijke verzorging uren/minuten per week	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Is de indicatie gewijzigd? Geef aan wat er veranderd is in de zorgbehoefte?

Heeft de verzekerde ook zorg in natura vanuit de zorgverzekering?

Zorg in natura is verpleging en/of verzorging die een verzekerde heeft bij een thuiszorgorganisatie waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft.

Ja

Nee

**i** 3. Heeft de verzekerde een indicatie voor Wlz (Wet Langdurige Zorg)? Dan is er geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit de zorgverzekering mogelijk.

5 Aanvraagformulier PGB DEEL 1 voor de verpleegkundige

Paraaf verpleegkundige:



Heeft u gekozen voor het antwoord 'ja'? Vul dan onderstaande tabel in.

Hoeveel verpleging en/of verzorging in natura is er per week nodig vanuit de zorgverzekering?

	<b>Vorige indicatie</b> (indien van toepassing) Volledig uitschrijven Bijvoorbeeld 3 uur en 10 minuten	<b>Nieuwe indicatie</b> Volledig uitschrijven Bijvoorbeeld 3 uur en 10 minuten
Verpleging uren/minuten per week	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Persoonlijke verzorging uren/minuten per week	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Voor welke periode is deze zorg nodig? Vul de start- en einddatum in.

	Startdatum indicatie	Einddatum 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"/>

Met wie heeft u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde, naam:

Huisarts

Erkende tolk, naam:

Iemand anders, naam:

Wanneer evalueert u of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen?

Evaluatiemoment 1

Evaluatiemoment 2 (mits van toepassing)

Geef een motivatie

## 5. Als het om Palliatieve terminale zorg (PTZ) gaat

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

Voeg de verklaring van de arts toe waarin staat dat de verzekerde PTZ nodig heeft.

Paraaf verpleegkundige:



## Alleen invullen als het gaat om verpleging en/of verzorging vanuit de zorgverzekering voor kinderen tot 18 jaar

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

## 6. Ondertekening door de wijkverpleegkundige

Met de ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- De afgegeven indicatie en dossiervorming 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 zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie
- Er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie
- Er bij de indicatiestelling de kwaliteitsnorm 'tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg' is gehanteerd. Dit om te bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk
- De zorgbehoefte van de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld
- Ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist; indien noodzakelijk
- Ik een medicatie-overzicht heb gezien (indien er sprake is van medicatie)

**Datum**

**Naam wijkverpleegkundige**

**Handtekening wijkverpleegkundige**


**Handtekening van diegene waarvoor het pgb wordt aangevraagd**

**Paraaf verpleegkundige:**



## DEEL 2: Verzekerde deel

Dit deel wordt door u als verzekerde ingevuld of door een (wettelijk) vertegenwoordiger. Heeft u te weinig ruimte? Voeg dan een bladzijde toe.

 Lees eerst het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' voordat u het formulier invult. U vindt het reglement op onze website bij 'pgb aanvragen'

### 1. Naam zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar

### 2. Gegevens verzekerde

Achternaam

Voorletters

de heer

mevrouw

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Klantnummer

(Dit staat op de zorgpas)

### 3. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

#### A: Een wettelijke vertegenwoordiger

##### Voor personen tot 18 jaar:

- Eén van de ouders met ouderlijk gezag
- Een voogd

##### Voor personen vanaf 18 jaar:

- Een door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder

#### B: Een vertegenwoordiger

Een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die geen wettelijke vertegenwoordiger is.

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

Ja, een wettelijk vertegenwoordiger

Ja, een vertegenwoordiger

Nee

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

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum

Telefoonnummer

Relatie tot verzekerde

BSN





## Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is:

Naam organisatie

KvK nummer organisatie

Postcode en plaats

Contactpersoon

Telefoonnummer

## 4. Reden van de pgb aanvraag

### Wat is de reden van uw aanvraag ?

- Ik heb voor het eerst verpleging en verzorging nodig en vraag daarvoor een pgb aan
- Ik ontvang al verpleging en verzorging maar wil hiervoor helemaal of gedeeltelijk overstappen naar een pgb vanuit de zorgverzekering
- Ik ontvang al een pgb vanuit mijn zorgverzekering en mijn indicatie loopt af *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik ontvang al een pgb vanuit de zorgverzekering en mijn zorgbehoefte is veranderd *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik verander van zorgverlener(s)  
*(U hoeft aanvraagformulier pgb deel 1; voor de verpleegkundige niet opnieuw in te laten vullen en op te sturen. En u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*

## 5. Gecontracteerde zorgverlener

Krijgt u op dit moment al verpleging en verzorging van een thuiszorgorganisatie?

Nee

Ja, naam verpleging en verzorging

Is dit een gecontracteerde zorgverlener? *(Een gecontracteerde zorgverlener is een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft)*

Ja  Nee

## 6. Waarom vraagt u een pgb aan?

Vul hieronder kort in:

- A: Waarom u een pgb wilt.
- B: Heeft u overwogen om de verpleging en verzorging waarvoor u de aanvraag doet via een gecontracteerde zorgverlener aan te vragen? En waarom heeft u dat niet gedaan?

**A:**

**B:**

## 7. Hoe gaat u de zorg regelen?

Vul hieronder in bij welke zorgverlener(s) u de zorg wilt inkopen. En wie deze zorgverlener vervangt als diegene afwezig is bij ziekte of vakantie. Vul ook het totaal aantal uren in dat u deze zorg inkoopt bij welke zorgverlener. De wijkverpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte per week aangegeven in deel 1 van dit formulier bij vraag 3. Deze uren verdeelt u onder uw zorgverleners.

### **i** 1: De zorgverlener

Hier vult u de naam en het adres in van de zorgverlener waar u de zorg inkoopt. Dit kan zijn:

- Een formele zorgverlener: met een registratie als officieel zorgverlener, geen familielid van u
- Een informele zorgverlener: familielid of kennis

### 2: Bloed- of aanverwant

Dit is een bloed- of aanverwant van u in de 1e of 2e graad.

### 3: AGB-code

U hoeft geen AGB code of KvK nummer in te vullen:

- Als uw zorgverlener uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad
- Als er sprake is van een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)
- Als uw zorgverlener niet als zorgverlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel

Voor alle andere zorgverleners vult u wel een AGB-code in. De AGB code kunt u bij uw zorgverlener opvragen. Heeft uw zorgverlener geen AGB-code, dan is deze mogelijk bij Vektis op te vragen. Zie daarvoor [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl). De AGB-code is een code die aantoont dat uw zorgverlener de juiste kwalificaties heeft om zorg te leveren.

### 4: Persoonlijke verzorging

Hier vult u het aantal uren en minuten persoonlijke verzorging per week in.

### 5: Verpleging

Hier vult u het aantal uren en minuten verpleging per week in. Tip: check of het totaal aantal uren bij kolom 4 en 5 gelijk is aan de indicatie van de wijkverpleegkundige in deel 1, vraag 3 van dit aanvraagformulier.

**Let op:** deel hier alleen de uren zoals in deel 1 geïndiceerd voor de Pgb zorgbehoefte.

1: De zorgverlener	2: Bloed- of aanverwante	3: AGB code	4: Persoonlijke verzorging	5: Verpleging
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week

**1: De zorgverlener****2: Bloed- of  
aanverwante****3: AGB code****4: Persoonlijke  
verzorging****5: Verpleging**

Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
<b>Totaal aantal uren en minuten per week</b>			<b>Totaal:</b> <input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week	<b>Totaal:</b> <input type="text"/> uren en <input type="text"/> minuten per week
Naam en adres vervanger:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
Naam en adres vervanger:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			

**Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?**

- Zo spoedig mogelijk<sup>4</sup>
- Ik wil mijn Pgb in laten gaan op:  -  -  (DD-MM-JJJJ)

**Beschrijf hoe u uw zorg wilt regelen.**

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

**i** 4. In geval van goedkeuring is de vroegst mogelijke ingangsdatum van de pgb de datum waarop de verzekeraar de aanvraag heeft ontvangen.

## 8. Ondertekening



Met de ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- Ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2019 van mijn zorgverzekeraar
- Ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met deze aanvraag
- De vastgestelde zorgbehoefte in deel 1 van de aanvraag met mij is besproken
- Ik naast de meegestuurde indicatie geen andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuish situatie (conform art. 2.10 Bzv) heb
- Ik er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist. Dit om mijn (medische) gegevens voor deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien
- Ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Zoals contracten afsluiten met zorgverleners, taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op het nakomen van zorgovereenkomsten
- Ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger een goede keuze te maken voor werkgever-schap. En te zorgen dat ik verantwoorde zorg krijg door de zorgverleners goed aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te laten stemmen
- Ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (WLz)
- Ik ben op de hoogte van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-rgb
- Ik geef mijn vertegenwoordiger toestemming om een (telefonisch) Bewust keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar als die daarom vraagt
- Ik alle gegevens naar beste weten, juist en naar waarheid heb ingevuld. En dat ik alle bijzonderheden over deze aanvraag heb vermeld
- Ik weet dat verzwijging van belangrijke feiten of onjuist/onvolledig invullen van dit formulier voor de zorgverzekeraar, ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt
- Ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan de zorgverzekeraar

Datum

**Naam verzekerde**

(en wettelijk vertegenwoordiger)

**Handtekening verzekerde**

(en wettelijk vertegenwoordiger)

**Bij een minderjarige:**

**Naam** wettelijk vertegenwoordiger<sup>5</sup>

**Bij een minderjarige:**

**Handtekening** wettelijk vertegenwoordiger<sup>5</sup>

**i** 5. Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag?  
Dan moet een 2e wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.