

Aanvraagformulier vervoer

Naam _____ M/V Geb Dat ___/___/___
 Achternaam _____ _Dialyse begin datum _____
 Adres _____ Tel / Cell _____
 AZV dossier _____ Geldig tot _____

Ritgegevens

Bestemming (en) vervoer :
 Naam instelling :

Bestemming (en) vervoer : Naam instelling :	Plaats:	Frequentie (per week)	Behadeldatum	Tijdstip
		M / D / W / D / V / Z		
_____	_____	_____	___/___/___	__:__vm/nm
_____	_____	_____	___/___/___	__:__vm/nm
_____	_____	_____	___/___/___	__:__vm/nm
_____	_____	_____	___/___/___	__:__vm/nm
_____	_____	_____	___/___/___	__:__vm/nm

Soort vervoer

Is dit een normale vervoer ja__ nee__
 Is dit een Rolstoel vervoer ja__ nee__
 Is dit een Strecher Vervoer ja__ nee__

Beperkings vermogen

Bij de patient is voor zittend ziekenvervoer begeleiding medisch noodzakelijk : ja__ nee__
 Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk: : ja__ nee__
 Als de patient slechts kan zien : ja__ nee__
 Rolstoel afhankelijk : ja__ nee__

Reden van vervoer

Handtekening
