

**DEEL 1: verpleegkundige deel**

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger<sup>1)</sup>.

De verpleegkundige voegt een kopie van dit deel van het aanvraagformulier toe aan het eigen dossier.

**1 Gegevens verzekerde**

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Telefoon privé	<input type="text"/>	Telefoon mobiel	<input type="text"/>		
Naam verzekeraar	<input type="text"/>	Relatienummer	<input type="text"/>		
E-mailadres	<input type="text"/>				

**2 Gegevens wijkverpleegkundige**

Naam (zoals vermeld in BIG register)	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<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"/>

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

Is er sprake van een herindicatie?

- Ja  
 Nee

Op welke manier vond de indicatiestelling plaats?

- Telefonisch  
 Beeld bellen  
 Thuis

De zorgvraag betreft zorg

- Verpleging en/of verzorging langer dan één jaar  
 Verpleging/verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (kindzorg)  
 Palliatieve terminale zorg (PTZ)

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- Ja, te weten   
 Nee

Omschrijf hieronder het ziektebeeld van de verzekerde.

- Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).

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

1) 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 partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Paraaf verpleegkundige	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Omschrijf hieronder de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde:

Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).


Omschrijf hieronder de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging:

Ik stuur het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).

- Omschrijving handelingen
- Geïndiceerde tijdsduur per handeling
- Soort (pv/vp)
- Aantal keren per week
- Totaal aantal uren/minuten per week

of omschrijf onderstaand de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabel:

Omschrijving handelingen	Soort	Minuten/uren
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> PV	<input type="text"/>

Omschrijf hieronder de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag:

Ik stuur een print van het Zorgplan mee (onderdeel Electronisch cliëntendossier ECD).


Vul hieronder in of er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake is van gebruikelijke zorg die door familie en/of sociaal systeem wordt geleverd?


Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?<sup>2)</sup>

- Ja, namelijk:
- Nee

Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

2) Indien de verzekerde een indicatie heeft voor Wlz (Wet langdurige zorg) is geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk.

Paraaf verpleegkundige

Worden er op dit moment hulpmiddelen, zorgtechnologie of woningaanpassingen ingezet?

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

Is er een ergotherapeut betrokken?

Ja Zo ja, waarvoor? (graag een kopie van het verslag meesturen)

Nee Zo nee, waarom niet?

Zijn er andere behandelaren betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja Zo ja, welke en waarvoor?

#### 4 Over de door de wijkverpleegkundige vastgestelde indicatie

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week, inclusief zorg in natura (ZIN)?

Voorgaande indicatie  
(indien van toepassing)

Nieuwe indicatie  
(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Verpleging<sup>3)</sup> uren/minuten per week

Persoonlijke Verzorging  
uren / minuten per week

Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:

  
  

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

Let op! De ingangsdatum van de indicatie is de datum waarop u de indicatie stelt.

Datum ingang indicatie

Datum einde indicatie (tot en met) (maximaal 2 jaar)

Verpleging

-  -

-  -

Persoonlijke Verzorging

-  -

-  -

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?

  
  
  

Op welke datum is de zorgbehoefte besproken?

-  -

3) Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen- (beleidsregel BR/REG-20109)

Paraaf verpleegkundige

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken?

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde. Naam (wettelijke) vertegenwoordiger

Huisarts

Erkende tolk, naam:

Overige

## 5 In geval van PTZ

Ik stuur de verklaring van de arts waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op PTZ\*.

De arts heeft de terminaalverklaring afgegeven waarin sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden.

Zijn er vrijwilligers en/of mantelzorg ingezet voor de nachtzorg?

Nee Zo nee, waarom niet?

Ja

*\*Vergeet u niet dat op de verklaring van de arts de naam van de arts, het specialisme en het Ziekenhuis met Telefoon vermeld staat.*

## 6 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 ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- Ik verklaar dat de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld of bij indicatie op afstand, de zorgbehoefte en de daarmee gepaard gaande zorginzet met de cliënt is afgestemd;
- Ik verklaar dat er geen "gebruikelijke" (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie.
- Ik verklaar dat bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk.

Datum

Naam verpleegkundige

Handtekening verpleegkundige

## Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

1. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
2. Het zorgplan (ondertekend door de wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging. Het zorgplan hoeft niet ondertekend te worden door de verzekerde indien de indicatie op afstand is opgesteld.
3. Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld. Dit is niet van toepassing als de verpleegkundige die de indicatie stelt een gecontracteerde zorgverlener is en/of indien het diploma eerder is verstuurd naar Pro Life.

**Is het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig ingevuld en/of ondertekend en/of ontbreken er bijlagen?**

**Dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw Zvw-pgb.**

Paraaf verpleegkundige

**DEEL 2: verzekerde deel**

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld. Kijkt u voor het invullen van dit formulier naar het Reglement Zvw-pgb 2021. Dit reglement vindt u op <https://www.prolife.nl/service-en-contact/persoonlijke-zorgcoach-en-zorgregelaar/pgb/zvw-pgb-aanvragen>. Daar vindt u ook antwoorden op veelgestelde vragen over het Zvw-pgb.

**1 Gegevens verzekerde**

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam   
Geboortedatum  -  -   Man  Vrouw  
Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging   
Postcode  Woonplaats  Land   
Telefoon privé  Telefoon mobiel   
E-mailadres   
Relatienummer

**2 Een (wettelijk) vertegenwoordiger**

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders (als deze het ouderlijk gezag heeft) of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder die door de Rechtbank is 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, ik heb een wettelijke vertegenwoordiger. (vul gegevens hieronder in)  
 Ja, ik heb een vertegenwoordiger. (vul gegevens hieronder in)  
 Nee

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

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam   
Geboortedatum  -  -   Man  Vrouw  
Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging   
Postcode  Woonplaats  Land   
Telefoon privé  Telefoon mobiel   
Relatie tot verzekerde

**Gegevens van uw bewindvoerder (als dit een organisatie is):**

Naam organisatie   
KvK nummer organisatie   
Postcode  Woonplaats   
Contactpersoon   
Telefoonnummer

### 3 Reden van de Zvw-pgb aanvraag

Ik vraag voor het eerst een Zvw-pgb aan.

Wat is de reden van uw aanvraag?

Ik vraag een Zvw-pgb aan omdat mijn indicatie afloopt. (U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)

Ik verander van zorgverlener(s). (U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-pgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)

Wat is de ingangsdatum van de wijziging?\*   -   -

De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd.

\*Let op dat u bij afloop van uw oude toekenning op tijd een nieuwe aanvraagt.

### 4 Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

Nee

Ja, van

### 5 Waarom wilt u een Zvw-pgb?

Hieronder geeft u een toelichting op de volgende 2 vragen:

- Waarom wilt u een Zvw-pgb voor verpleging en/of verzorging?
- Heeft u onderzocht of een gecontracteerde zorgverlener kan voorzien in uw volledige zorgbehoefte? Als dit niet mogelijk is, legt u uit waarom dit niet kan.


### 6 Bij welke zorgverleners wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e 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"/>

\* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- uw zorgverlener een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener die niet BIG geregistreerd is als verpleegkundige.

Voor alle overige zorgverleners vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgverlener opvragen. Beschikt uw zorgverlener er niet over, dan kan uw zorgverlener deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl)

## 7 Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Hier vult u in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis. Het totaal aantal uren dat u inkoop met een Zvw-pgb en Zorg in Natura (ZIN) mag niet hoger zijn dan de verpleegkundige aangaf. Dit staat bij 'gemiddelde zorgbehoefte' op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Aantal uren / minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren / minuten per week verpleging	Aantal uren / minuten per week Zorg in Natura	Zvw-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
<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
Totaal uren / minuten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Wilt u uw Zvw-pgb op een latere datum dan de startdatum van uw indicatie in laten gaan? (dit kan alleen bij een eerste aanvraag)

Nee

Ja, namelijk op --

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

Bij verzorging:

  
  


Bij verpleging:

  
  


## 8 Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat Pro Life 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 bij een afwijzing van mijn aanvraag de indicerend wijkverpleegkundige contact mag opnemen met Pro Life om de medisch inhoudelijke reden(en) van de afwijzing te vernemen;
- dat indien nodig voor een toelichting op de aanvraag de indicerend wijkverpleegkundige medische informatie mag uitwisselen met Pro Life;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het Zvw-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;
- ik verklaar dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2021;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewust keuze gesprek te voeren met Pro Life indien Pro Life daarom vraagt;
- dat 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;

- dat ik weet dat verzwijging van de voor Pro Life belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalst;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het Zvw-pgb tijdig (binnen 4 weken) doorgeef aan Pro Life.
- dat ik begrijp dat ik verplicht ben om mee te werken aan een huisbezoek als Pro Life dat nodig vindt, bijvoorbeeld voor controle doeleinden. Mijn eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger en ik moeten op verzoek van Pro Life hierbij aanwezig zijn. Pro Life kan een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij wordt zorgvuldig geselecteerd. Deze partij is namens Pro Life gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het privacy statement van Pro Life, welke u kan vinden op de website van Pro Life (bron: <https://www.prolife.nl/over-pro-life/privacy-statement>).

Datum   -   -

Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde (of wettelijke vertegenwoordiger\*)<sup>1)</sup>

Handtekening 2e wettelijke vertegenwoordiger\*\*

1) De aanvraag hoeft niet ondertekend te worden door de verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger indien de indicatie op afstand is opgesteld.

\* Als het van toepassing is.

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

### Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U stuurt de complete set voor uw aanvraag naar Pro Life toe. Deze set bestaat uit:

- Verpleegkundig deel (deel 1)
  1. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
  2. Het zorgplan (met anamnese uit Electronisch Cliëntendossier).
  3. Een kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld. Dit is niet van toepassing als de verpleegkundige die de indicatie stelt een gecontracteerde zorgverlener is en/of indien het diploma eerder is verstuurd naar Pro Life.
  4. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt), dat voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging. Het zorgplan hoeft niet ondertekend te worden door de verzekerde indien de indicatie op afstand is opgesteld.
- Verzekerde deel (deel 2)

Als u voogd, curator, mentor of bewindvoerder bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank. Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing) is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen. Een beschikking 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.

**Is het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig ingevuld en/of ondertekend en/of ontbreken er bijlagen?**

**Dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**

**Stuur het ingevulde formulier op naar de afdeling wijkverpleging, postbus 444, 2300 AK Leiden.  
U kunt het formulier ook indienen via de website.**

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacy statement (<https://www.prolife.nl/over-pro-life/privacy-statement>) van Pro Life. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.