



## Wijzigingsformulier Zvw-pgb

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (PGB) uit de zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aan ons doorgeven.

### 1. Gegevens budgethouder

Relatienummer verzekeraar	<input type="text"/>
Nummer op toekenningsformulier	<input type="text"/>
Naam verzekerde	<input type="text"/>
Geslacht	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Geboortedatum	<input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

### 2. Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

- Wijziging van zorgaanbieder (vul vraag 3 en 7 in)
- (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 4 en 7 in)
- Verblijf WLZ instelling of ziekenhuis budgethouder langer dan 60 dagen aaneengesloten. (vul vraag 5 en 7 in)
- Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 6 en 7 in)

### 3. Wijziging Zorgverlener

Huidige zorgaanbieder

Ingangsdatum wijziging:

Waarom wilt u van zorgaanbieder wijzigen?

- De huidige zorgverlener voldoet niet aan mijn wensen
- De huidige zorgverlener stopt met zorg verlening
- De huidige zorgverlener is ziek
- Anders, namelijk

### Welke zorg gaat uw nieuwe zorgverlener verlenen?

Legt u hier uit hoe u de zorg wilt regelen. Doet u dit voor een hele week. Beschrijft u waarom u deze zorg als gevolg van uw ziekte en/of aandoening op deze manier nodig heeft. U beschrijft alleen de zorg die verandert.

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

### Bij welke zorgaanbieder wilt u zorg inkopen?

U beschrijft alleen de zorg die verandert.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graads	SBI code *	AGB code *
			___ ja ___ nee		
			___ ja ___ nee		
			___ ja ___ nee		
			___ ja ___ nee		
			___ ja ___ nee		

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

- uw zorgaanbieder een bloed- of aanverwante in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgaanbieder die niet BIG geregistreerd als verpleegkundige niveau 4 of niveau 5.

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

### Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	PGB
			___ ja ___ nee
			___ ja ___ nee
			___ ja ___ nee
			___ ja ___ nee
			___ ja ___ nee

## 4. (Adres)wijziging (wettelijke) vertegenwoordiger

Ingangsdatum (adres)wijziging

### Nieuwe gegevens

Voorletter(s), voorvoegsel(s), achternaam

Straatnaam, huisnummer

Postcode, plaatsnaam

Telefoonnummer

E-mailadres

Geboortedatum  Geslacht  man  vrouw

### Wat is uw relatie tot de budgethouder?

De budgethouder is jonger dan 18 jaar. Ik ben ouder/voogd.

Dit formulier wordt ondertekend door de ouder/voogd (wettelijke vertegenwoordiger).

Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder (bloed of aanverwante 1e of 2e graad).

Mijn relatie tot de budgethouder is

Dit formulier wordt ondertekend door de vertegenwoordiger.

Ik ben benoemd tot bewindvoerder, curator of mentor.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder, curator of mentor. (wettelijke vertegenwoordiger).

## Aanvullende stukken

Betreft het een wijziging wettelijk vertegenwoordiger dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs budgethouder of diens wettelijke vertegenwoordiger van u nodig.

## 5. Opname

Als u langer dan 60 dagen aaneengesloten opgenomen bent in een WLZ instelling of ziekenhuis, dan verlagen we uw PGB naar rato.

Opnamedatum	<input type="text"/>
Ontslagdatum	<input type="text"/>
Naam ziekenhuis/zorginstelling	<input type="text"/>
Plaatsnaam	<input type="text"/>

## 6. Beëindiging persoonsgebonden budget

a) Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging Persoonsgebonden Budget.

<input type="checkbox"/> Overlijden van de budgethouder	Datum overlijden	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Er is geen zorg meer nodig		
<input type="checkbox"/> Zorg wordt vervolgd in zorg in natura		
<input type="checkbox"/> Zorg wordt vervolgd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ)		
<input type="checkbox"/> Een andere reden, namelijk	<input type="text"/>	

b) Per welke datum wilt u het PGB beëindigen?

## 7. Ondertekening

<input type="checkbox"/> Budgethouder	
<input type="checkbox"/> Ouder 1	
<input type="checkbox"/> Voogd	
<input type="checkbox"/> Curator	
<input type="checkbox"/> Bewindvoerder	<input type="checkbox"/> vertegenwoordiger (bloed of aanverwante in de 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graad)
<input type="checkbox"/> Mentor	<input type="checkbox"/> Ouder 2

Naam	<input type="text"/>	
Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>	

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

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

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

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar uw zorgverzekeraar.

VinkVink Afdeling PGB vv  
Postbus 75000  
7500 KC Enschede